SOCIETE DE KINESITHERAPIE

SOCIETE DE



SOCIÉTÉ

DE

KINÉSITHÉRAPIE

Comptes rendus des séances de l'année 1910

ONZIÈME ANNÉE

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

Dr WETTERWALD, Secrétaire général

Dr R. LEROY, Secrétaire des séances

CLERMONT (OISE

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES & THIRON

3, PLACE SAINT-ANDRÉ, 3

—

1911

SOCIÉTÉ

DE

KINÉSITHÉRAPIE

SOCIÉTÉ

DE

KINÉSITHÉRAPIE

Comptes rendus des séances de l'année 1910

ONZIÈME ANNÉE

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

Dr **WETTERWALD**, Secrétaire général

Dr **R. LEROY**, Secrétaire des séances

CLERMONT (OISE)

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES & THIRON

3, PLACE SAINT-ANDRÉ, 3

1911

SOCIÉTÉ DE KINÉSITHÉRAPIE

(FONDÉE EN 1900)

Siège de la Société : 6, rue Antoine-Dubois (Paris V^e)

MEMBRES FONDATEURS

Président d'honneur......	M. le Professeur MAREY, C. ✻, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine.
Président..............	M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, O. ✻, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de Médecine.
Vice-Président..........	M. Fernand LAGRANGE.
Trésorier........	M. STAPFER.
Secrétaire général.......	M. MESNARD (René).
Secrétaire des séances....	M. MARCHAIS.

MM. G. BERNE.
G. BLOCH,
BRALANT,
CAUTRU,
DAGRON,
FOURRIÈRE
FRETIN,
GAUTIEZ,
GEOFFROY-SAINT-HILAIRE,
SAISSET,
VUILLEMIN.

Composition actuelle de la Société

(*Janvier* 1911)

MEMBRES TITULAIRES

MM. Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, C. ✻, ✪, M, A. M., CH. H., 3, avenue Montaigne.
STAPFER, 14, rue de Marignan.
MESNARD (René), 54, rue Labruyère.
BLOCH (Gaston), 21, rue Godot-de-Mauroy.

MM. Bralant, 30, rue du Bac.
Cautru, 31, rue de Rome.
Dagron. 6, square de l'Opéra.
Geoffroy-Saint-Hilaire, 1, rue Pierre-le-Grand.
Sosnowska (Mme), 13, rue Clément-Marot.
Kouindjy, 32, rue de Berlin.
Rousseau (Paul), 19, rue des Fossés-Saint-Jacques.
Wetterwald, 112, aven. Victor-Hugo.
Boissières, 10, rue Brémontier.
Haranchipy, 17, rue de Téhéran.
Brès, 28, rue Washington.
Tschudnowsky, 39, avenue Laumière.
Dylion (Mme Cécile), 17, rue de Madrid.
Hirschberg, 24, rue Saint-Lazare.
Durey, 16, rue Logelbach.
Dausset, 41, avenue Montaigne.
Pessard, 45, rue de Clichy,
Leroy (Raoul), 77, aven. de Villiers.
Percheron, 29, rue Saint-Guillaume.
Rosenblith, 3, villa Victor-Hugo.
Hofman-Bang, 6, rue de la Bienfaisance.
Jacquet (Lucien), M. H., 20 *bis*, rue Daru.
Desfosses, 47, rue de Rome.
Rosenthal (Georges), 15, rue d'Edimbourg.
Lanel, 47, rue Pierre-Charron.
Le Roux, 43, rue de Prony.
Rochu-Méry, 14, rue de Douai.
Sandoz, 21, rue d'Artois.

CORRESPONDANTS NATIONAUX

MM. Platon, 28, rue Sylvabelle, Marseille.
Saquet, 22, rue du Calvaire, Nantes.
Mencière, 70, rue Libergier, Reims.
Danjou, 20, rue de France, Nice.
De Boissière, 47, rue Séry, Le Hâvre.
Gaston, 7, rue de la Charité, Lyon.
Bouissou, 16, rue Puget, Marseille
Sigalas, 99, rue Saint-Genès, Bordeaux.
Gourdon, 206, cours Victor-Hugo, Bordeaux
Michaud, La Malou.
Gendron (André), 10, cours de Gourgue, Bordeaux.
Rapuc, 4, rue Picot, Toulon
Cauvy, La Malou.
Joly, Bagnoles-de-l'Orne.
Charbonnier, 12, rue de Bernières, Caen.

CORRESPONDANTS ETRANGERS

MM. Bourcart, 4, rue Tour-de-l'Ile, Genève
Porro, Villa des Lauriers, Monte-Carlo.
Le Marinel, 67, avenue Louise, Bruxelles.
Schutz, 97, Wilhelmstr., Berlin.
Profanter, Franzensbad
Miglievitch, Grande rue de Péra, Constantinople.
Cyriax, 4, Craven-Hill, Londres.
Gronnauer, 20, rue Servette, Genève.
Vermeulen, 22, rue Boissière, Paris
De Blois, Trois-Rivières, Canada.
Tripels, La Havane, Cuba.
De Munter, 86, rue Louvrex, Liége, Belgique.
Gunzburg, 7, rue des Escrimeurs, Anvers, Belgique.
Niculescu, rue Campina, Ploesti, Roumanie.
Reich (Nic.), Budapest, Hongrie.
Hisch (prof.), Prague, Bohême.
Yrigoyen, St-Sébastien, Espagne.
Serena (prof.), Lungo Tevere Mellini 30, Rome. Italie.

Anciens présidents.......	J. Lucas-Championnière, CH. H. M. A. M., Fernand Lagrange, Stapfer, Frétin, Dagron, René Mesnard, Kouindjy, Hirschberg,.
Anciens vice-présidents...	Bralant (Paris), Saquet, Danjou (province).
Anciens secrétaires génér.	René Mesnard, Haranchipy, Gaston Bloch, Wetterwald.
Anciens secrét. des séances	Marchais, Bralant, Gaston Bloch, Krikortz, Wetterwald.
Anciens trésoriers.....	Stapfer, Frétin, Geoffroy-St-Hilaire, Paul Rousseau.

Bureau pour l'année 1911.

Président...............	Durey.
Vice-présidents (Paris)...	Georges Rosenthal.
— (province)	Bouissou (de Marseille).
Secrétaire général.......	Wetterwald.
Secrétaire des séances...	Raoul Leroy.
Trésorier............	Paul Rousseau.

SOCIÉTÉ DE KINÉSITHÉRAPIE

Séance du 14 janvier 1910.

Présidence de MM. Kouindjy et Hirschberg.

Présents : Mlle Dylion, MM. Bloch, Bralant, Haranchipy, Hirschberg, Kouindjy, Leroy, Mesnard (René), Percheron, Rousseau (Paul), Stapfer, Tschudnowski, Wetterwald.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

La parole est au Secrétaire général pour la lecture de son rapport annuel.

Rapport annuel,

par M. Wetterwald, secrétaire général.

Mes chers collègues,

A l'aurore de la 11e année de son existence, notre Société compte 58 membres, dont 28 titulaires, 16 correspondants nationaux, 14 correspondants étrangers. L'accroissement notable de ces deux dernières années a coïncidé avec l'essor soudain qu'a pris la kinésithérapie, grâce au concours heureux des événements, grâce surtout, mes chers collègues, à vos inlassables efforts.

Par leur nombre, leur variété, et leur intérêt scientifique, en effet, les communications que vous avez présentées ici en 1909 ne le cèdent nullement à celles que nous avons entendues précédemment. Peut-être pourrait-on

souhaiter plus de concision dans l'accessoire et plus de précision dans le principal. Nous avons tous, ou presque tous, un progrès à faire dans ce sens, et nos travaux y gagneront.... même des lecteurs.

Vous ne m'en voudrez certainement pas de rappeler à votre mémoire les titres des communications qui vous ont été présentées l'an dernier.

M. Haranchipy nous a cité avec verve et amertume des faits typiques d'exercice illégal et charlatanesque de la kinésithérapie, et la Société a entendu, non sans étonnement, les noms de certains maîtres qui se font les pourvoyeurs et les complices d'individus passibles d'amende et de prison. « *La kinésithérapie aux médecins* ! » est le titre de ce travail, qui fera bonne figure à côté des réquisitoires déjà prononcés contre les illégaux et les faiseurs.

M. Kouindjy a précisé le rôle de la *Kinésithérapie chez les hémiplégies* ; dans une autre communication, le cas d'un *malade prétendu coxalgique*, et que le traitement manuel a guéri de certains troubles neuro-musculaires et trophiques, a donné lieu à une intéressante discussion. La technique du *massage plastique*, décrite par M. Raoul Leroy, nous a valu, outre la primeur de cette thérapeutique à la fois vieille et neuve, la très compétente intervention de plusieurs collègues, notamment de MM. Hirschberg et Rosenblith, et à la séance suivante, la présence de M. Lucien Jacquet, qui nous a exposé ses idées sur cette question avec l'éloquence persuasive que vous lui connaissez, et que nous aurons de ce chef le plaisir d'entendre puisque l'éminent dermatologiste est des nôtres.

M. Danjou (de Nice), (*La machine humaine en fonction normale dans son milieu naturel*) préconise, en face du Codex chimique et toxique, le Codex physique et vivifiant des remèdes naturels, malheureusement aussi chers que les autres, puisque les riches seuls peuvent en profiter, et aussi dangereux que les poisons, s'ils sont maniés par les doigts d'un ignorant ou d'un balourd.

A deux protagonistes de l'aérothermothérapie, MM. Dausset et Durey, nous devons des observations probantes sur l'*association du massage et de l'air chaud* dans

divers états pathologiques, la constipation en particulier

Les communications de notre cher doyen Mesnard peuvent nous servir de modèles pour la concision et la clarté de leur ordonnance. La *Note sur la Kinésithérapie orthopédique* est une de ces pages dont on peut dire qu'elles renferment autant d'idées que de mots.

M. Braland a constaté les inconvénients que présentait parfois, en kinésithérapie gynécologique, le mouvement de circumduction fémorale, tel que nous l'employons d'après Brandt. Il a imaginé une modification de cette manœuvre qui permet d'en étendre les indications.

Notre assidue collègue, Mme Sosnowska, qu'une indisposition a seule pu empêcher d'assister à cette séance, nous a donné lecture d'un aperçu de *l'histoire et des indications du massage*, en essayant également d'en préciser *la durée* pour chaque cas : tâche difficile, comme l'ont montré les divergences d'opinion sur ce sujet. Du moins, avons-nous semblé admettre unanimement le principe des massages relativement courts.

Dans son étude consacrée au *massage dans les accidents du travail*, M. Tschudnowsky, à côté de la technique et des indications, a touché à des problèmes de psychologie et de législation sociales dont il a eu, maintes fois, à chercher la solution dans la pratique.

M. André Gendron (de Bordeaux) a envoyé la relation d'un *kyste salpingien traité et évacué par la méthode de Brandt-Stapfer*, succès qui fait honneur à ses débuts dans la kinésithérapie gynécologique.

La Kinésithérapie, employée comme palliatif dans un cas de *tumeur maligne* par M. Bloch, a produit pendant un temps ses effets généraux (relèvement des forces), à un point si remarquable que notre collègue a pu douter un instant de son diagnostic.

A ce respectable bilan scientifique de 1909, permettez-moi d'ajouter, pour ne rien omettre, la modeste part de votre secrétaire général : *Des effets réflexes du massage dans les affections oculaires : traduction et commentaire*

d'un article du Dr Profanter sur les pseudo-appendicites ; rhumatismes et névralgies.

Votre activité, Messieurs, s'est fait sentir en dehors même de nos réunions. Plusieurs d'entre nous ont pris une part active à la préparation et au succès du IIe Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française : M. Stapfer, comme président du Comité d'organisation ; M. Bloch, comme secrétaire général adjoint ; MM. Mesnard et le regretté Le Marinel, comme présidents des séances.

Les travaux de nos rapporteurs, MM. Bloch, Bourcart, Durey, sur le *Traitement des varices et ulcères variqueux* par la Kinésithérapie, le massage, l'aérothermothérapie ; Dausset, Raoul Leroy, sur l'air chaud, le massage, dans l'acné ; Gunzburg, Hirschberg, Kouindjy, sur le rôle de la mécanothérapie, de la Kinésithérapie, de la rééducation motrice dans la *paralysie infantile* ; R. Mesnard, sur les *inconvénients cliniques et scientifiques de l'exercice de la Kinésithérapie par les empiriques* ; ces travaux serviront de guides à ceux qui voudront aborder ces questions, car ils sont tout imprégnés de conscience professionnelle, d'expérience personnelle, de recherches patientes et sagaces.

A côté des rapports officiels, des bonnes volontés, qu'on aurait pu souhaiter plus nombreuses, ont apporté des documents personnels : M. Bloch, *sur la valeur du traitement kinésique dans les hémorragies utérines* ; M. Bourcart *sur le traitement de l'appendicite aiguë et chronique par le massage vibratoire manuel* ; M. Dausset, *sur le traitement de la constipation par l'air chaud* ; M. Desfosses, *Scoliose et radiographie* ; M. Durey, *sur la carbonisation des tissus par l'air chaud* ; moi-même, sur *la présclérose organique et son traitement manuel.*

Au risque de blesser la modestie de M. Stapper, je m'associe certainement à votre pensée en rappelant ici la leçon qu'il a faite à l'amphithéâtre de l'École pratique, au printemps 1909, sur l'invitation de M. le prof. Hartmann. L'élégance de ce geste d'un maître de l'enseignement of-

ficiel a dû dédommager notre collègue de bien des oublis, volontaires ou non.

Mais je m'aperçois, mes chers collègues, que, tout en m'efforçant de rester dans les limites fixées par la tradition et les statuts, j'ai dépassé, dans ce rapport, celles du temps qui m'est donné pour abuser de votre bienveillante attention.

Il me reste cependant à remercier, en votre nom, M. Kouindjy qui a présidé notre société et nos séances avec une activité inlassable et un profond sentiment de ses fonctions. On peut dire que, pendant ses deux années de présidence, l'accroissement, la prospérité et la renommée de la Société ont été parmi ses préoccupations constantes. Nos remerciements aussi à M. Rousseau, à qui vous avez confié de nouveau la gestion de nos finances et qui a bien voulu se charger de cette mission ; à M. Raoul Leroy, notre dévoué secrétaire des séances, dont je vous prie de faciliter tous la tâche ingrate dans la mesure de vos moyens. Grâce à lui, mais grâce aussi à votre collaboration, nos comptes rendus seront fidèles, complets, vivants.

M. Hirschberg va présider désormais nos discussions ; elles ne sauraient avoir un arbitre plus expérimenté, plus digne de toute notre confraternelle estime. Je suis heureux de lui souhaiter la bienvenue, ainsi qu'à nos nouveaux vice-présidents Durey et Danjou.

Enfin, mes chers collègues, en vous remerciant de m'avoir donné une nouvelle preuve de votre sympathie, je puis vous assurer que je continuerai à m'acquitter de mes fonctions de secrétaire général en n'ayant d'autre but que d'être utile à chacun de vous et à la Société de Kinésithérapie.

Les comptes du trésorier sont approuvés.

Installation du bureau.

Allocution du Dr Kouindjy, *président sortant.*

Mes chers Collègues,

Vous avez entendu le rapport de votre secrétaire géné-

ral, et vous avez constaté comme moi que, dans l'énumération des causes d'accroissement de la Société, il n'en a oublié qu'une : ses efforts personnels. Je le remercie donc en votre nom pour le dévouement qu'ilapporte à ses fonctions. Je vous remercie également, Messieurs, pour l'honneur que vous m'avez fait et la confiance que vous m'avez témoignée. Je souhaite la bienvenue à M. le Dr Hirschberg, et l'invite à prendre la présidence de nos séances, qui lui revient cette année.

Allocution du Dr HIRSCHBERG, *président.*

Mes chers Collègues,

En prenant possession du fauteuil présidentiel, je tiens d'abord à vous exprimer toute ma reconnaissance pour le grand honneur que vous me faites en m'appelant à ce poste d'honneur. Je m'appliquerai de mon mieux à justifier votre confiance. Je n'aurai d'ailleurs qu'à m'inspirer de la conduite de mes prédécesseurs. Quoique doyen des kinésithérapeutes français actuellement en vie, puisque mon premier travail sur le massage abdominal date de 1887, je suis parmi vous un nouveau venu. Je n'ai donc pas eu l'occasion de connaître les présidents qui ont précédé notre ami Kouindjy ; mais celui-ci, je l'ai vu à l'œuvre, et je tiens à lui exprimer au nom de notre Société des remerciements chaleureux pour son dévouement et son activité inlassable en vue du développement et de la prospérité de notre Société. Sous sa présidence, notre Société s'est considérablement développée. Secondé dans sa tâche par tous les membres, il a eu la satisfaction de voir l'intérêt scientifique et l'influence morale de notre Société grandir de jour en jour. Je souhaite qu'il en soit de même durant ma présidence. Je fais appel à votre concours à tous ; continuez comme par le passé à enrichir les *Annales de la Kinésithérapie*, car ceux qui viendront après nous nous sauront gré d'avoir travaillé, en pionniers hardis, au milieu de l'indifférence de la Science officielle, à sortir la Kinésithérapie des limbes de l'empirisme, et de

l'avoir élevée au rang d'une branche autonome de la thérapeutique.

Rhumatismes et névralgies

Par le Dr Wetterwald.

Les points de contact entre les rhumatismes et les névralgies sont nombreux ; sans parler de la douleur, les symptômes communs à ces deux ordres d'affections ne manquent pas : troubles vaso-moteurs, locomoteurs, trophiques, sécrétoires. Cependant, dans la pratique, il règne une tendance à établir des distinctions fondées sur l'étiologie, la pathogénie, l'anatomo-pathologie et la thérapeutique, entre les névralgies essentielles ou névritiques, maladies des nerfs, et les rhumatismes, classe hétéromorphe où l'on englobe tous les symptômes ayant pour siège les muscles, les aponévroses, l'appareil articulaire, le squelette, et même les viscères.



L'observation de nombreux cas de névralgies m'a permis de constater les faits suivants :

Toute névralgie est caractérisée par des douleurs qu'on peut exaspérer à la période des crises, et provoquer, en dehors de ces périodes, par la pression de certains points. (phénomène connu depuis longtemps).

Si, au lieu d'exercer en ces points une pression *normale* à la surface de la peau, on saisit cette dernière entre deux ou trois doigts, on constate que la douleur est localisée dans le tégument, lequel est infiltré, œdématié, et souvent farci de petites nodosités dures (cellulite des Suédois et de Stapfer).

Cette infiltration n'est pas limitée à la zone des névralgies spontanées, mais on peut l'observer sur toute l'étendue du tégument. Elle est surtout marquée aux régions où abondent les tissus conjonctif et adipeux, et si l'on vient à explorer la peau par le même procédé, chez un

névralgique, on trouve, là où existe la cellulite, d'autres points douloureux à la pression (névralgies latentes).

En même temps que la douleur (symptôme sensitif), on constate des symptômes moteurs (parésie et contracture musculaires, chair de poule), vaso-moteurs (hyperémie, anémie, anesthésie, engourdissement), sécrétoires (salivation, hyperhydrose ou anhydrose, sécrétions vaginale, lacrymale, nasale), trophiques (zona, œdème névropathique, adipose et amaigrissement....).

Tous ces symptômes caractérisent la *névrite*. Or, comme d'une part, la douleur est localisée à la périphérie, et que, d'autre part, les troncs nerveux ont été le plus souvent trouvés indemnes de lésions névritiques dans les autopsies et opérations pratiquées sur des névralgiques, il faut admettre de deux choses l'une : ou bien il existe des névralgies présentant tous les symptômes des névrites, mais sans névrite, ou bien que la névrite existe là où on ne la cherche pas, c'est-à-dire dans les corpuscules du tact, dans les ramifications intra-cellulaires extrêmes des filets cutanés sensitifs, d'où elle peut, par une marche ascendante, remonter de proche en proche jusqu'à des troncs nerveux importants.

Le tissu conjonctif sous-cutané, siège de la cellulite, renferme les corpuscules du tact, constitués par un tube nerveux central et une coque conjonctive périphérique. Toute altération du tissu cellulaire sous-cutané retentit sur celui du nerf. Cellulite et névrite interstitielle sont deux processus contemporains pour des raisons de contiguïté et d'identité morphologique de tissus contigus ; ce sont des lésions *identiques* au point de vue anatomo-pathologique. Dans la névrite interstitielle aiguë, du sang ou de la sérosité sont infiltrés dans le névrilème ; on a comparé le cordon nerveux à un cordon de tissu cellulaire enflammé ; de nombreuses cellules lymphatiques et graisseuses infiltrent le tissu conjonctif du nerf. Dans la forme chronique, on observe la végétation scléreuse du tissu conjonctif constituant. Le nerf atteint est épaissi, dur, augmenté de volume par l'exubérance du tissu néoformé, souvent noueux (Pitres et Vaillard). Dercum, Marc-

Curthy et Burh ont décrit d'autre part les lésions de l'adipose douloureuse, qui est une cellulite arrivée au stade scléreux, et ont observé la dégénérescence des cellules lymphatiques suivant un processus adipo-scléreux, en même temps que la névrite interstitielle des nerfs inclus dans les noyaux douloureux. Ces résultats biopsiques concordent avec les observations et descriptions cliniques de Stapfer et de ses élèves. Cellulite et névrite interstitielle sont donc deux processus contemporains et identiques. Mais la cellulite est la maladie à névralgies par excellence, et rien ne distingue ces névralgies cellulitiques des autres, sinon qu'on les a prises pendant longtemps pour des névralgies *sine materia.*

Pourquoi dès lors établir des distinctions que rien ne justifie : tout indique que cellulite, névralgie, névrite, sont des expressions à peu près équivalentes, avec cette extension pour la cellulite, qu'elle n'est pas limitée au tissu cellulaire du nerf, mais à celui des vaisseaux, de la peau, et probablement aussi, des viscères et des glandes. M. Stapfer l'a qualifiée très justement de *présclérose.*

***

Rien n'est plus difficile que de vouloir établir une classification des rhumatismes ; chaque auteur a la sienne, et quand on pénètre sur le terrain de la pratique, on se heurte à des formes qui ne s'adaptent pas toujours aux cadres qu'on a tracés.

En laissant de côté le rhumatisme articulaire aigu, pour ne pas nous perdre dans des considérations purement théoriques, nous nous trouvons en présence de quatre variétés de rhumatisme chronique, qui sont : le rhumatisme dit musculaire, le rhumatisme chronique simple, (dont le type est le rhumatisme scapulaire atrophique), le rhumatisme déformant et le rhumatisme goutteux.

J'élimine immédiatement la forme dite musculaire, dont les symptômes sont en tous points identiques à ceux des névralgies localisées aux filets nerveux cutanés, et dans laquelle j'ai toujours obtenu la guérison par le trai-

tement exclusif de la cellulite sous-cutanée. J'incline de plus en plus à croire que l'expression « rhumatisme musculaire » ne correspond qu'à une des innombrables variétés de cellulite que les auteurs décrivent chacun sous un nom spécial, comme s'il s'agissait d'entités morbides bien distinctes.

Je prendrai comme type du rhumatisme chronique simple l'arthrite sèche de l'épaule, la scapulalgie. Cette variété court les rues, si je puis employer cette expression. Elles est caractérisée cliniquement par des douleurs et de l'impotence fonctionnelle, cette dernière limitée à certains mouvements, du moins au début, par de la raideur et des craquements articulaires (et qui ne sont peut-être que péri-articulaires), par de l'atrophie musculaire. Dans les formes de début et chez les sujets jeunes, il est certain que l'articulation n'est pas touchée, à en juger par la rapidité de l'amélioration et l'excellence des résultats qu'on obtient par la recherche et le traitement des points douloureux. Plus tard, les tissus péri-articulaires sont envahis par le processus cellulitique sclérogène, et les résultats sont évidemment beaucoup moins brillants, comme il arrive dans les cas de névrites anciennes. Car il s'agit, au début, de névrites interstitielles limitées au tissu cellulaire sous-cutané, coïncidant avec la cellulite sous-cutanée, et cette dernière s'étend progressivement au tissu conjonctif péri et intra-articulaire. Dans le cas le plus mauvais que j'ai eu à soigner, la malade ne pouvait écarter ses bras du corps. Au bout de deux mois de traitement, elle pouvait se coiffer, mais la cure ayant été interrompue, elle perdit en un an tous les résultats acquis. Cette forme de rhumatisme chronique est nettement due à la diathèse cellulitique, comme les névralgies.

Les deux formes de rhumatisme chronique qu'il nous reste à mentionner: l'arthrite chronique goutteuse et le rhumatisme noueux, procèdent l'un et l'autre, comme la forme précédente et comme les névralgies, par crises aiguës successives ou par une crise de début, lorsqu'elles ne deviennent pas chroniques d'emblée. Le seul caractère différentiel paraît être, pour la goutte, la présence de

l'acide urique dans le sang, et la production des dépôts uratiques. Mais dans tous les cas, elles se greffent sur un terrain arthritique, caractérisé par le ralentissement de la nutrition. Je crois pouvoir considérer la congestion et l'œdème chroniques du tissu conjonctif comme un caractère constant de ce trouble de nutrition parce que je l'ai constaté chez tous les arthritiques que j'ai traités (emphysémateux, lithiasiques, artério-scléreux, goutteux, migraineux, obèses, gynécologiques, etc.).

Pour justifier cette manière de voir, je ne saurais vous présenter de cas plus typique que celui de deux conjoints, ayant dépassé l'un et l'autre 70 ans, et dont voici l'histoire :

Le mari éprouve, depuis dix ans environ, des douleurs à forme névralgique, à point de départ costal, précordial et dorsal, s'irradiant dans les deux bras, surtout dans le gauche, et débutant brusquement sous l'influence de ces trois causes : marche, froid, période digestive. Emphysème léger et bronchite chronique. Usage du tabac. Il y a trois mois environ, fatigue et dyspnée, bruit de galop, quelques râles fins aux bases. Pression artérielle : 19-20. Le repos au lit et le lait remirent les choses en ordre. Brusquement, crise aiguë de névralgie occipitale, qui céda, quant à la douleur et à l'immobilité du cou, en une séance de massage. Deux ans auparavant, j'avais guéri M. S..., d'une métatarsalgie (cellulite de la pulpe des orteils et de la région dorsale métatarso-phalangienne). A la suite de la crise d'occipitalgie, je procédai à un examen méthodique du tissu cellulaire sous-cutané, que je trouvai, en maints endroits, transformé en un tissu scléreux d'apparence. Atrophie musculaire marquée. Les pectoraux, très diminués de volume, étaient recouverts d'une couche de tissu conjonctif induré et gaufré ; nodosités douloureuses sous la clavicule, au-dessus de l'épitrochlée, dans les interstices des muscles du bras, et ailleurs, bandelettes de tissu induré le long du trapèze et du grand dorsal, avec points douloureux correspondant aux ramuscules extrêmes des perforants latéraux ; panniculite abdominale. A la suite d'un traitement manuel prolongé irrégulièrement pendant deux mois, les indurations et nodosités ont diminué sensiblement ; le sujet assure un bien être très marqué ; la malaxation est devenue indolore en beaucoup d'endroits. Les douleurs spontanées, tout en diminuant de fréquence, d'intensité et de durée, reviennent encore à la suite d'un effort, d'une digestion laborieuse, ou du froid.

Mme S..., de son côté, a présenté les manifestations ar-

thritiques suivantes : il y a une trentaine d'années, névralgie sciatique, ayant duré plusieurs mois ; en 1904, névralgie faciale ; en 1907, névralgies intercostales et dorso-lombo-sacrées; je constatai à cette époque une panniculite généralisée, c'est-à-dire d'innombrables zones douloureuses à la pression avec adipose avancée. Plus tard, douleurs dans les jambes et les genoux, qualifiées rhumatismes, toujours facile à mettre en évidence par la malaxation du tissu cellulaire, et récemment, lumbago aigu. Nodosités rhumatismales aux articulations phalangino-phalangettiennes de l'index et du médius gauches.

Si la preuve clinique et expérimentale peut être faite, à mesure que les observations s'accumuleront, que ce que l'on est convenu d'appeler *arthritisme* consiste uniformément en une altération chronique du tissu conjonctif de la peau et des organes, nous ne serions peut-être pas plus armés que nous ne le sommes actuellement pour le traitement des manifestations ostéo-articulaires graves de l'arthritisme, mais de quelle utilité ne serait pas cette notion pour le traitement prophylactique ? On admet déjà que les frictions, l'hygiène de la peau, doivent occuper une place importante dans le régime des arthritiques. Il serait utile de préciser la technique de ces frictions, bien inférieures, comme résultat, à la malaxation cutanée.

En résumé, j'admets que les différentes formes de l'arthritisme, et en particulier les formes les plus accessibles à nos doigts, telles que les névralgies et rhumatismes, trouvent chez les arthritiques un terrain préparé par des troubles de la nutrition, dont la cellulo-névrite est peut-être le processus constant. Selon les conditions d'hérédité, de résistance, de genre de vie ; selon les traumatismes auxquels le sujet est exposé (intoxications, opérations, blessures accidentelles, froid, microbes), la diathèse évolue vraisemblablement vers l'une ou l'autre des formes que nous observons en clinique, et qui deviennent de moins en moins curables avec les progrès de la sclérose et des déformations, avec le siège de la sclérose (sous-cutanée ou viscérale) et avec la cause et le siège des déformations (contracture musculaire, lésions péri-articulaires ou ostéo-articulaires).

La malaxation du tissu cellulaire sous-cutané, par les résultats qu'on obtient dans les cas les plus favorables, paraît constituer un excellent traitement prophylactique. On peut l'employer dans les cas avancés, car elle est toujours inoffensive (lorsqu'elle est bien dosée) mais alors ses effets sont évidemment beaucoup moins probants. Malheureusement pour les patients, le massage est encore, à l'heure actuelle, la thérapeutique *in extremis* de la plupart des médecins.

Discussion.

M. Haranchipy.— Si j'ai bien compris la communication du Dr Wetterwald, notre distingué collègue reconnaît aux rhumatismes et aux névralgies une origine commune : la cellulite d'après lui ; ces deux affections ne seraient que deux formes diverses d une même manifestation. J'admets comme lui que ces deux entités pathologiques se greffent toujours sur un terrain prédisposé, en l'espèce le terrain arthritique. Mais, à mon avis, ces deux affections reconnaissent une cause différente.

Tout d'abord, je ne crois pas que la cellulite soit une cause fréquente de névralgies et de rhumatismes chroniques. Du reste, la cellulite est-elle aussi commune que le prétend notre collègue ? Je ne le crois pas. Pour mettre un peu d'ordre dans ma discussion, j'étudierai d'abord les névralgies, puis les rhumatismes suivant l'ordre adopté par Wetterwald.

1° *Névralgies.* — La principale cause des névralgies *sine materia*, et par là j'écarte toutes les causes de névralgies provenant du système nerveux central, est le plus souvent une intoxication quelconque, et très fréquemment une intoxication gastro-intestinale.

Les sujets atteints de névralgies sont avant tout des arthritiques, mais ces derniers ne sont-ils pas des congestifs par excellence ! Par conséquent il me semble naturel d'admettre qu'une intoxication, venant du tube digestif ou d'ailleurs, amènera chez ces prédisposés des troubles circulatoires. Nous connaissons par Huchard l'importance du régime alimentaire chez les cardio-vasculaires. Ces troubles circulatoires produiront à leur tour des congestions sur tel ou tel point du système nerveux et se traduiront par une douleur localisée à un trajet nerveux quelconque : migraine, névralgie brachiale, etc. Cela est si vrai que si vous remontez aux sources des névralgies, vous retrouverez presque toujours à l'origine un trou-

ble digestif : repas copieux, embarras gastrique, constipation, diarrhée, etc.

Il reste toutes les autres causes d'intoxication (maladies infectieuses, intoxications par le gaz d'éclairage, par l'oxyde de carbone) qui produisent des névralgies. Il me paraît donc logique d'admettre qu'il y a une corrélation entre la névralgie et les intoxications quelles qu'elles soien

2° *Rhumatismes*. — Par ce mot de rhumatismes, comme Wetterwald, j'entends la variété de rhumatismes chroniques qui n'a d'autre rapport qu'une similitude de nom avec le rhumatisme articulaire aigu. Là encore j'attribue à cette forme rhumatismale une cause autre que la cellulite. Pour moi, ces douleurs mal définies appartiennent toutes à l'uricémie ; en effet, si nous étudions le terrain sur lequel elles se greffent, si nous recherchons l'hérédité, si nous suivons ces malades, nous verrons que tous appartiennent à la classe dite des : « petits goutteux » ; alors pourquoi ne pas attribuer à l'acide urique tous les méfaits dont notre confrère charge si généreusement la cellulite. Dans leurs antécédents héréditaires ou personnels, nous retrouvons la goutte, le diabète, la migraine, l'asthme, l'obésité, la dyspepsie ; si nous suivons l'évolution de ces malades, nous verrons qu'ils finissent comme les uricémiques : ils mourront soit par le rein, le cœur ou le cerveau. Les uns feront une néphrite chronique, ce seront des cardio-rénaux présentant de la polyurie, de la dyspnée, des œdèmes, le bruit de galop et de l'hypertension artérielle ; les autres une lésion cardiaque telle que : myocardite, insuffisance aortique, ou encore dégénérescence athéromateuse ; d'autres encore finiront par un accident cérébral : ramollissement par endartérite oblitérante, ou plus souvent par une hémorrhagie cérébrale. Puisque les malades dont nous nous occupons présentent les mêmes symptômes, le même terrain, la même évolution, la même fin que les uricémiques, pourquoi rechercher à leurs maux une autre cause moins probante que l'uricémie ? Du reste, l'observation choisie par notre confrère concorde absolument avec ce que j'avance. M. S. est avant tout un uricémique. En effet, il présente de l'emphysème, de la bronchite, de la dyspnée, le bruit de galop et une pression artérielle élevée ; de plus, il a été soigné antérieurement pour une métatarsalgie, qui, si je ne me trompe, a tout l'air d'une attaque de goutte fruste ; quant à l'atrophie musculaire, le grand âge du malade suffit à l'expliquer. Enfin, détail qui confirme mon diagnostic, c'est que l'auteur nous fait observer que les douleurs de son malade sont réveillées par la fatigue, une digestion difficile et le froid, toutes choses qui cadrent mal avec la cellulite et qui, au contraire, s'adaptent à merveille à mon hypothèse d'uricémie.

En résumé, je reconnais aux névralgies une cause principale : l'intoxication et le plus souvent une intoxication gastro-intestinale, survenant chez les arthritiques, et aux douleurs dites rhumatismales, l'uricémie, ou acide urique en circulation dans le sang et se déposant en un point quelconque de l'organisme, soit par compression, soit par excitation, par tout autre mécanisme ; les cristaux d'acide urique produiront ces sortes de douleurs encore si mal connues que notre distingué collègue a bien voulu étudier pour les éclairer d'un jour tout nouveau.

M. Wetterwald.— Si j'avais eu soin, dans ma communication, de préciser qu'à mon point de vue, *arthritisme* et *cellulo-névrite* sont une seule et même chose (ainsi que je l'ai fait, du reste, dans un travail qui est à l'impression depuis deux mois), M. Haranchipy aurait vu que nous sommes en parfait accord sur certains points, entre autres, sur l'étiogie des névralgies. Intoxication endogène et exogène, traumatisme (ce mot étant pris dans son sens le plus étendu), en sont les principaux facteurs ; c'est entendu. Mais où je suis obligé de me séparer de mon collègue, c'estlorsqu'il met en doute la fréquence de la cellulite, et lorsqu'il trouve à l'origine de presque toutes les névralgies un trouble digestif.

Le mot *neuro-arthritisme* est, parmi ceux du langage courant, celui qui se rapproche le plus du mot *cellulite*, qu'on peut modifier, si l'on veut, et comme je l'ai fait, en *cellulo-névrite* ou *neuro-cellulite*.

Mais *arthritisme* ne signifie rien, ou ne signifie pas ce qu'il veut et doit signifier ; *cellulite*, au contraire, veut dire inflammation aiguë et congestion chronique, en tout cas, lésion inflammatoire du tissu cellulaire. Or tous les arthritiques sont des cellulitiques car, s'il existe une catégorie de malades (les arthritiques) susceptibles d'être classés sous une même étiquette, bien qu'affligés de symptômes divers, ils *doivent* présenter au moins une lésion identique. Or la lésion c'est la congestion chronique du tissu conjonctif, c'est la cellulite ; les symptômes : ce sont les troubles sensitifs (névralgies), trophiques (rhumatismes, etc.) vaso-moteurs et sécrétoires (œdème rhumatismal et névropathique, érythème noueux, nodosités rhumatismales, érythroses, anomalies de la sécrétion bronchique, gastro-intestinale, panniculite, etc.), psycho-moteurs (névroses). Si j'osais aller au bout de ma pensée, je dirais que l'uricémie, le diabète, la gravelle, sont des conséquences du même processus congestif chronique, la neuro-cellulite. Mais ne nous noyons pas dans les hypothèses.

Vous m'objecterez que la névralgie, symptôme transitoire à manifestation souvent unique dans le cours d'une exis-

tence, ne peut être symptôme d'un état chronique ? C'est précisément sur cette objection que repose la conception de l'origine gastro-intestinale des névralgies.

Le *phénomène physio-pathologique* commun aux neuro-cellulitiques (neuro-arthritiques) est le ralentissement de la circulation ; *la lésion anatomo-pathologique* commune est la cellulite, c'est-à-dire la périnévrite des nerfs cutanés et muqueux, et la congestion chronique du tissu conjonctif du voisinage de ces nerfs (autant vaut dire, de tout le tissu conjonctif) ; l'*étiologie commune* est le trauma (y compris l'intoxication) ; le *symptôme sensible* commun est la *névralgie, spontanée ou latente*.

Lorsqu'un cellulitique fait une sciatique aiguë, ou une névralgie intercostale, ne croyez pas que vous ayez affaire à un individu au casier morbide vierge de toute névralgie antérieure ; c'est un récidiviste. Ne croyez pas non plus qu'il n'ait commis que sa sciatique : examinez-le, interrogez-le, palpez-le, et vous trouverez dans ses antécédents et sur son tégument, d'autres névralgies, oubliées, dédaignées, ou latentes, que la plus légère pression aux bons endroits met en évidence. La névrite actuelle n'est qu'une crise aiguë d'un état chronique ancien. Il en résulte que si vous ne traitez que cette manifestation locale et passagère d'un état général et durable, vous perdrez votre temps.

Si donc vous trouvez à l'*origine* de presque toutes les névralgies un trouble digestif, c'est que, en même temps qu'un symptôme sensitif, votre cellulitique faisait un symptôme sécrétoire ou autre, ce qui est la règle. Le trouble digestif n'est pas à l'origine de la névralgie, pas plus qu'un jumeau n'est à l'origine d'un autre jumeau, mais il lui est contemporain.

La même considération s'applique à la *congestion*, dont M. Haranchipy, en excellente compagnie d'ailleurs, veut faire la cause des névralgies. C'est vrai en partie, à condition de dire : la *congestion chronique*. Le ralentissement de la circulation produit des stases veineuses et lymphatiques (Stapfer, l'a démontré pour le bassin) qui sont à l'origine de la cellulite abdomino-pelvienne et des autres cellulites, c'est-à-dire, à l'origine de tous les symptômes, (douleurs, pesanteur, dislocations, épreintes, tumeurs, pertes), et pas seulement des névralgies. La cellulite à son tour engendre la congestion erratique passagère (érythrose, bouffées de chaleur, etc.), mais elle peut aussi bien amener la vaso-constriction et l'anémie. La congestion chronique du tissu cellulaire est donc la cause de la cellulite ; elle est toute la cellulite ; mais la congestion erratique, la rougeur des téguments, est un symptôme, de la cellulite, au même titre que la névralgie.

Si M. Haranchipy envisage la cellulite comme l'école de

Stapfer la conçoit, il admettra certainement que nous n'exagérons pas la fréquence de cette affection.

Les développements où m'a entraîné l'intéressante critique de M. Haranchipy me permettent d'être bref sur la question des rhumatismes. Notre collègue met sur le compte de l'*acide urique* les symptômes, l'évolution, et la terminaison du rhumatisme chronique. Il est exact de dire, avec lui, que les rhumatisants finissent comme leurs cousins les goutteux obèses, dyspeptiques et autres ralentis.

C'est assez naturel, puisque ils ont tous, non pas de l'acide urique en excès dans les tissus, ce qui n'est pas démontré et pourrait n'être en tout cas qu'une *conséquence du ralentissement de leur nutrition* ; mais parce qu'ils ont tous un tissu neuro-conjonctif congestionné et que cette congestion chronique aboutit à la sclérose.

Le malade de mon observation était un cellulitique, emphysémateux et catarrheux, par la congestion de son tissu conjonctif broncho-alvéolaire, dyspnéique, par emphysème, par sclérose neuro-vasculaire et par cellulite thoracique, et par urémie latente ; son bruit de galop et sa surtension artérielle relèvent des mêmes causes. la plupart constatées, dont une seule hypothétique (la cellulite broncho-pulmonaire), mais très probable par analogie. Sa métatarsalgie, qui siégeait sur le *gras des orteils* (face plantaire) et dans la peau recouvrant la région métatarso-phalangienne du 3e et 4e orteils (face dorsale) n'avait avec la goutte, même fruste, aucune similitude, ni de siège, ni d'allure, ni de forme, ni de terminaison. Les douleurs thoraciques du malade irradiées dans le bras gauche, étaient réveillées par la marche, la distension gastro-intestinale et le froid, comme chez tous les angineux, qui sont des cellulitiques. Enfin, ces douleurs, ainsi que toutes les névralgies spontanées et latentes que présentait M. S. avaient totalement disparu, et ce malade s'en réjouissait devant moi, plusieurs semaines avant qu'une crise aiguë d'urémie ne vînt infecter son catarrhe bronchique, transformé en broncho-pneumonie infectieuse, à laquelle il succomba.

Je m'excuse d'avoir répondu si longuement aux objections de M. Haranchipy. Ma communication renfermait primitivement tous ces développements ; en les supprimant, j'espérais gagner en concision ; je n'ai réussi qu'à être obscur. Je remercie notre honorable collègue de nous avoir exposé ses objections à mes idées.

Candidatures.— MM. Leroy, Mesnard et Wetterwald prennent successivement la parole au sujet des candidatures de MM. Le Roux, ancien moniteur d'accouchements à la Clinique Tarnier ; Joly, médecin consultant à Bagnoles (Orne) ;

Charbonnier, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Caen.

Le vote est renvoyé à la fin de la séance.

IIIe Congrès international de Physiothérapie.

La Société se constitue en Comité secret pour étudier cette question.

Votes sur les candidatures :

A l'unanimité des membres présents, MM. Charbonnier et Joly sont élus membres correspondants nationaux, et M. Le Roux, membre titulaire de la Société de Kinésithérapie.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire général : Wetterwald.

Le secrétaire des séances : Raoul Leroy.

Rectification au procès-verbal de la séance du 12 novembre 1909.

Une erreur de sténographie avait complètement dénaturé la pensée de M. Tschudnowsky, dans la réponse de notre collègue aux questions de M. Wetterwald.

Le texte doit être rétabli comme suit :

M. Wetterwald. — Une des grandes difficultés auxquelles on se heurte dans l'application de la loi sur les accidents du travail est la date de la possibilité, pour l'accidenté, de reprendre son travail. Il est certain qu'un facteur psychique, la volonté du sujet, intervient pour hâter ou reculer cette date. M. Tschudnowsky a-t-il fait des observations intéressantes là-dessus ?

Je lui demanderai aussi si les patrons facilitent la reprise partielle aux accidentés qui, guéris anatomiquement et même fonctionnellement, ne peuvent pas reprendre immédiatement leur travail, par manque d'entraînement.

M. Tschudnowsky. — 10 à 15 % des salariés peuvent être rangés, avant l'accident, dans la catégorie de ceux que j'ai signalés comme atteints de la *désorganisation du potentiel psychique central*, les *déséquilibrés psychiques*, par éthylisme chronique, congénital ou acquis. Si, après l'accident, les symptômes subjectifs manquent, le praticien éprouve de grandes difficultés pour établir un certificat impartial. Il devra se montrer sociologue et psychologue, pour sauvegarder les intérêts des deux parties. Il est clair que cette catégorie,

mal cotée par les patrons, et s'en rendant compte, suggestionnée en outre par sa morbidité préexistante, ne reprendra le travail que sous l'empire de la nécessité ou de l'influence morale du médecin traitant.

Dans la 2e catégorie rentre la grosse majorité des ouvriers bons travailleurs, attachés à leurs patrons et à leurs maisons. A ceux-là, l'incapacité de travail pèse au point de vue économique et moral.

Ils ont hâte de reprendre leur occupation, souvent malgré l'avis du médecin. Les patrons s'arrangent alors pour leur donner un travail qui leur permet d'attendre leur guérison définitive. Ouvriers et patrons s'entendent pour combler la lacune de la loi, qui n'admet que le certificat de guérison complète.

Or, la législation devrait établir le *certificat échelonné*, permettant la reprise partielle et précoce du travail, en vue d'un *entraînement progressif*, comme le dit fort justement M. Wetterwald.

Séance du 11 février 1910.

Présidence de M. HIRSCHBERG.

Présents : Mme Sosnowska, MM. Bloch, Maurice Faure, Haranchipy, Hirschberg, Kouindjy, Lanel, Raoul Leroy, René Mesnard, Paul Rousseau, Wetterwald

Excusés : MM. Le Roux, Stapfer.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

A propos d'un opuscule sur la rééducation, paru il y a quelque temps, et où est agitée la question de la priorité de ce traitement, M. Hirschberg rappelle que c'est à Frankel et à lui qu'on doit les premières observations et descriptions de la méthode qui porte le nom de son collaborateur.

La séance est levée.

Le secrétaire général,

Dr WETTERWALD.

Séance du 11 mars 1910.

Présidence de M. Hirschberg.

Présents : Mlle Dylion, Mme Sosnowska, MM. Hirschberg, Kouindjy, Lanel, Leroy, Mesnard (René), Rosenthal, Stapfer, Tchudnowski, Wetterwald.

Excusés : MM. Faure (Maurice), Joly, Charbonnier.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Lecture de la correspondance. Le président donne lecture de la lettre suiavnte :

IIIe Congrès International de Physiothérapie.

Paris, le 14 février 1910,

Monsieur le Président,

La Société que vous présidez s'occupant particulièrement des questions qui intéressent le Congrès, je viens solliciter sa participation en vous priant de nous envoyer des délégués qui la représenteront officiellement

Je n'ai pas besoin d'ajouter que nous attachons le plus grand prix à votre active collaboration, étant donnée l'importance du Congrès auquel est assuré l'adhésion de la plupart des Gouvernements étrangers et des corps savants.

Je vous serais bien obligé de faire connaître à notre secrétaire général, M. le Dr Vaquez, 27, rue du Général-Foy, avant le 10 mars, les noms des délégués que votre Société aura choisis.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, avec mes remerciements, à l'assurance de mes sentiments très distingués.

Le secrétaire général, Vaquez. — *Le Président du Congrès,* Landouzy.

Le Président. — Après avoir pris l'avis du secrétaire général, et comme la réponse à cette lettre devait précéder notre prochaine réunion, j'ai envoyé à MM. Landouzy et Vaquez les noms des délégués que vous aviez choisis, MM. Stapfer, René Mesnard, Kouindjy, Hirschberg, en y adjoignant celui de M. Bralant, ancien vice-président de la Société, qui a refusé la présidence. M. Wetterwald et moi avons eu

en cette occasion la bonne fortune d'avoir les conseils et l'approbation de M. Stapfer, notre cher et vénéré doyen.

Dr Stapfer. — Proposition d'addition aux statuts. — A une des nos dernières séances, la Société s'était constituée en Comité secret. Or, le lendemain, une personne n'appartenant pas au corps médical a pu me raconter tout ce que nous avions dit.

Pour éviter de pareils faits, ne pourrait-on désigner certains d'entre nous pour constituer une sorte de Conseil de famille ?

Je demande, en outre, l'application de l'article des statuts disant que tout sociétaire qui n'aura pas payé sa cotisation depuis 2 ans sera considéré comme démissionnaire.

Le Secrétaire général. — L'article 25 des statuts prévoit un Comité de neuf membres. Pour répondre au vœu de M. Stapfer, on pourrait le réduire à cinq.

M. René Mesnard. — Je suis d'avis de toucher le moins possible aux statuts et de conserver le *statu quo*. (*Approbation.*)

Le Président. — Pour ce qui est de l'application de l'article 24 (démission pour non-payement des cotisations), le secrétaire-général et le trésorier sont désignés, par leurs fonctions, pour y veiller.

M. Kouindjy. — A propos de modifications au règlement, nous avons décidé de renvoyer à la séance qui suit leur lecture les discussions sur les communications présentées. Je propose que des discussions puissent cependant être amorcées dans la séance de la lecture. (*Adopté.*)

Mme Sosnowska. — A propos d'un précédent travail du Dr Wetterwald, Mme Sosnowska demande à ajouter quelques mots à la discussion :

Comme j'étais absente à l'avant-dernière séance de Kinésithérapie, je n'ai pu prendre part à la très intéressante discussion du travail du Dr Wetterwald sur les rhumatismes et les névralgies, c'est pourquoi je me permets de dire à ce propos quelques mots aujourd'hui.

Pour la première fois, il y a vingt ans, j'ai entendu prononcer le mot cellulite, c'était en Suède.

Je fus bien étonnée de la fréquence de cette maladie, car les Suédois la trouvaient partout, aussi bien à la surface qu'à l'intérieur du corps (cellulite gynécologique).

Ils ne disaient jamais : tel malade est atteint de rhumatisme ou de névralgie, mais bien : il a une cellulite.

Les Suédois m'ont appris à sentir la cellulite, à diagnostiquer cette peau dure, privée d'élasticité, très douloureuse, œdémateuse qui, parfois, affectait la forme d'un rhumatisme

ou d'une arthrite et qui n'était que de la cellulite immobilisant une articulation.

Et je suis d'accord avec M. Haranchipy pour constater que cette cellulite se manifeste toujours chez les intoxiqués, les ralentis de nutrition, les arthritiques. Le massage, la gymnastique, la diététique, qui constituent les principaux traitements de cette affection, ont une action bienfaisante locale et même générale sur tout l'organisme.

Je me suis souvent demandé si la cellulite n'est pas une des nombreuses manifestations de l'arthritisme ; quoi qu'il en soit, le massage fait des merveilles dans la cellulite, alors qu'aucun autre moyen thérapeutique ne guérit.

Le traitement est même douloureux, car il consiste surtout à appuyer la peau entre les doigts et à la malaxer ensuite.

Ainsi que pour tous les massages, nous recommandons une douceur extrême et, comme complément, le massage vibratoire pour enlever la douleur et la chaleur.

Communication.

La constipation spasmodique des neuro-arthritiques ; les agents physiques, leur posologie,

Par le docteur E. Lanel.

De tous côtés, à l'heure actuelle, on cherche à fixer le dynamisme propre, les indications, la posologie de chacun des agents curateurs usités en physiothérapie. Avant la synthèse, il est essentiel de procéder à des études de détail. Il faut s'adresser d'abord à *des types cliniques bien isolés* et caractérisés, élucider leur étiologie, leur mécanisme physiologico-pathologique, les indications thérapeutiques qui en résultent. Alors seulement, les observations devenant comparables, on peut procéder utilement à la discussion de la *valeur relative des agents physiques.*

C'est ce que je vais tenter ici pour la constipation spasmodique des neuro-arthritiques à son début, pendant qu'elle est encore franche, non altérée par des complications secondaires. C'est là une étape d'une affection fréquente qui m'a paru permettre une discussion profitable.

***

Il y a dans l'intestin deux couches musculaires : l'externe ou longitudinale présidant normalement à l'expulsion des matières, l'interne ou circulaire à leur arrêt momentané. Leur action alternative est nécessaire à une bonne fonction.

Jusqu'à la fin du dernier siècle on disait : le déficit du péristaltisme entraîne la stagnation des matières ; son excès, la lientérie. On n'admettait de gêne de la fonction par spasme que dans un cas, la contracture du sphincter anal à la suite des fissures ou des hémorrhoïdes.

Le point de vue médical a changé depuis les travaux de Cherchewski, Fleiner, Geoffroy et Mathieu. Il existe dans certains cas, dit-on aujourd'hui, une *tonicité très exaltée de la fibre intestinale*, d'où une diminution du calibre de l'organe assez forte, sur une certaine étendue, et à peu près permanente. La circulation des matières en est gênée.

A un degré plus prononcé, cette exagération du tonus fait place à une contracture. C'est le *spasme*

Alors le gros intestin semble une corde, une bride du calibre d'une plume d'oie. Ses parois se touchent, il n'y a plus de lumière.

Ces troubles peuvent être *généralisés* au gros intestin, ou *segmentaires*, avec production, entre les divers rétrécissements, de distensions secondaires, mécaniques.

Trois éléments interviennent dans le réflexe péristaltique : le *bol fécal* qui incite la muqueuse, l'*influx nerveux* qui se transmet aux centres, la *paroi musculaire* qu'il met en jeu. Si l'un d'eux est défectueux, il y a du dyspéristaltisme.

Laissons de côté le bol fécal et la paroi ; envisageons seulement l'influx nerveux. Il y a *hyperexcitabilité des terminaisons nerveuses* dans les entérites : la constipation s'explique alors, et l'on conçoit que le spasme puisse être entretenu par des causes banales, un purgatif, un lavement intempestifs. Inversement, le silence imposé par les convenances sociales aux besoins naturels peut à la longue *émousser la sensation* : ce sera la constipation de bien des femmes.

Les *organes de réception* sont affaiblis chez le vieillard (constipation atonique), ou offrent une irritabilité extrême (chez certains neurasthéniques hypersthéniques, chez nombre d'individus bordillant la dégénérescence, chez les surmenés physiquement et moralement).

Mais ici, il y a autre chose à considérer :

La moelle et les centres supérieurs n'interviennent pas nécessairement dans ces phénomènes de la vie végétative ; l'arc réflexe peut se passer entièrement dans le domaine du sympathique, dont les ganglions reçoivent des filets sensitifs et émettent des filets moteurs (François Franck).

En général, les *neurones centraux* ont pour fonction de contrôler, de *régulariser*, *de modérer l'action des neurones inférieurs*. Ils peuvent faillir à cette tâche, par exemple après un fort travail intellectuel, ou chez certains nerveux... Alors, les cellules ganglionnaires jouissent d'une indépendance spéciale, il y a semi-anarchie, des réactions disproportionnées à la cause se manifestent.

Cette intervention du sympathique nous explique de plus la durée quasi indéfinie du spasme. La cellule cérébrale s'épuise plus vite que la cellule spinale et celle-ci plus vite que la cellule ganglionnaire. Rappelons que le phénomène du pied — ou trépidation épileptoïde — peut persister fort longtemps (Pitres et de Fleury).

D'autre part, nous pouvons avoir à faire à un *réflexe à long circuit.*

Dans une expérience bien connue, on montre qu'une excitation faradique portée sur le bout central du nerf sciatique d'une grenouille donne des contractions dans la patte correspondante seule, tandis qu'une série d'excitations faibles, mais répétées, produisent des contractions s'étendant aussi à la patte opposée. De même, l'excitation première qui entraîne un tonus exagéré de l'intestin, ne naît pas fatalement dans le point rétréci. Le réflexe peut être mis en jeu non seulement par le bol fécal, mais par une irritation à distance. C'est le cas des constipations liées à des lésions génitales, des déviations utérines, des ptoses... Le spasme marque la *souffrance de l'organisme en des points très divers.*

En dehors de cette question d'étiologie, il faut considérer qu'interviennent bien des conditions modifiant l'aspect premier du spasme intestinal. Ce sont des phénomènes de putréfaction et de résorption des toxines, variables avec la localisation du rétrécissement sur le gros intestin, et la gêne plus ou moins précoce du travail digestif et de l'expulsion. Diverses associations morbides peuvent survenir, de même que des réactions de l'organisme, telles que la production du mucus, du ténesme vésico-rectal, ou encore des défaillances de la motricité, tant de la paroi abdominale que du muscle intestinal, momentanées au début, permanentes plus tard. Au cours de son évolution, cette maladie prend des allures protéiformes et les indications thérapeutiques changent.

***

L'abdomen est aussi le siège d'une *circulation très importante*, tant par la masse de sang qui y prend part que par les oscillations notables et incessantes du calibre et du débit des vaisseaux. Ils doivent, en effet, faire face aux besoins des divers segments du tube digestif, et ceux-ci varient avec le moment de la fonction.

Système circulatoire et système nerveux sont ici étroitement accolés et solidaires. Les rameaux très abondants du plexus solaire, ce cerveau abdominal, enlacent de leurs ramifications et de leurs anastomoses multiples les branches de l'aorte abdominale supérieure.

Toute excitation du plexus entraîne des phénomènes vaso-moteurs. Mais encore faut-il faire une distinction importante :

Le calibre des vaisseaux est maintenu à peu près constant par la *contraction tonique*, permanente des fibres musculaires, sous l'influence de nerfs dits *vaso-constricteurs*, lesquels dépendent surtout des *centres périphériques*.

D'autres fibres nerveuses, relevant principalement des *centres médullaires*, dilatent au contraire les vaisseaux ; c'est la *vaso-dilatation active* (peu importe qu'elle soit due

à un phénomène d'arrêt). Elle est passagère, mais très forte.

La paralysie des vaso-constricteurs entraîne une dilatation passive, bien inférieure de valeur à la précédente.

Retenons-le : l'*activité du sympathique* s'exerce à la fois dans le sens de la tonicité intestinale et artérielle.

Or, c'est un fait bien connu en physiologie : l'irrigation des tissus dépend du *débit* des artères et celui-ci *relève moins de la pression que du calibre des vaisseaux*. Si dans les tubes larges la vitesse du sang varie comme la *racine carrée de la pression*, dans les *tubes étroits*, qui règlent la circulation locale, la pression a peu d'influence et la vitesse croît avec le *carré du rayon* de la section.

Quand la circulation abdominale se fait mal, tous les tissus mal oxygénés souffrent. Nothnagel explique bien des douleurs intestinales par la coexistence de ces troubles connexes, contracture de l'intestin, compression des vaisseaux et anémie de la paroi (1). Le tissu musculaire, de son côté, marque sa gêne par un redoublement des mouvements péristaltiques ; cela s'observe aussi bien dans l'anémie par vaso-constriction que dans la stase sanguine par vaso-dilatatation et chute de la pression, que dans la diminution des propriétés du sang due à l'asphyxie ou consécutive à une forte hémorrhagie, etc.....

A la longue, vaso-constriction, ischémie et dénutrition relative de certains tissus, de certains organes, entraînent une intoxication chronique, une irritation sourde et insidieuse, une inflammation chronique d'emblée, caractéristique. A son tour, celle-ci produit des désordres qu'on doit ranger dans la *sclérose lente, bâtarde, fibroïde de Letulle* (2). Ils sont, selon les cas, plus ou moins intenses ; leur évolution est plus ou moins rapide. Ils consistent en un épaississement des fibrilles connectives fondamentales et sont donc fort différents de la sclérose inflammatoire vraie, active et végétante, qui crée du tissu de granulations. Ils causent les lésions de l'artério-sclérose, de la phlébo-sclérose variqueuse, de la sclérose molle du myo-

(1) Nothnagel. — Soc. médic. internat., Vienne, 1905.
(2) Letulle. — Traité de pathol. gén. de Bouchard, t. 3.

carde, de la rétraction de l'aponévrose palmaire, etc. *Ils aboutissent à l'involution cellulaire, à l'atrophie.* Pendant leur progression, il peut d'ailleurs survenir des poussées aiguës, des altérations réactionnelles, nous l'avons vu.

Ces faits sont différents de ceux décrits par MM. Stapfer et Wetterwald sous le nom de cellulites, œdèmes du tissu conjonctif, compression des extrémités nerveuses, etc., mais, en somme, les uns et les autres relèvent de perturbations vaso-motrices et sont à rapprocher.

***

Nous venons de faire un long, un très long détour.

J'espère qu'il n'aura pas été inutile, et qu'il va nous servir à concevoir et à camper le type clinique que nous voulons traiter, la constipation spasmodique franche des neuro-arthritiques.

L'*arthritisme* est constitué par une *vulnérabilité particulière des tissus émanés du feuillet moyen*, du tissu conjonctif en particulier ; le *tempérament nerveux* l'est par un dynamisme mystérieux propre, un manque d'équilibre intellectuel, la tension incessante de l'esprit, l'inquiétude des pensées, l'agitation des passions, en un mot, l'*irritabilité des neurones d'idéation* et aussi une *indépendance assez grande des neurones inférieurs*. Ces deux états, comme le remarque Féré, sont congénères, résultant d'un trouble de la nutrition différemment spécialisé. Ils peuvent se combiner et se renforcer, et donner lieu à un type héréditaire où le mécanisme des systèmes nerveux, circulatoire moteur strié, moteur lisse, est particulièrement fragile. La force vitale de l'ensemble semble diminuée au profit *temporaire* des vies partielles des tissus.

Le neuro-arthritique offre un caractère émotif, inconstant ; il est facilement préoccupé. La tonicité morbide des vaso-moteurs se marque par la mauvaise régulation thermique, l'impressionnabilité au froid, le ralentissement des échanges nutritifs, des engelures ; dans la jeunesse, la circulation est sans cesse troublée (rougeur et pâleur faciles, transpirations abondantes, hypertrophie cardiaque

de croissance, lipothymies et syncopes). La tendance au spasme se manifeste au moindre refroidissement (éternuements et coryza spasmodique, laryngite striduleuse) ; la contracture complique fréquemment la courbature (lumbago, torticolis), etc., etc.

Le rhumatisant se caractérise par des migrations subites et désordonnées de son affection. De même, le neuro-arthritique, dans ses diverses manifestations pathologiques, passera par des phases d'hypersthénie bruyante ou de fatigue, de spasme ou de parésie, de vaso-constriction exagérée ou de poussée inflammatoire franche.

Ne nous en étonnons pas, et souvenons-nous que les accidents de début du brightisme par exemple sont aussi mélangés : pollakiurie par hyperexcitabilité de la muqueuse et du plan musculaire de la vessie, fourmillements et sensations de doigt mort par spasme vasculaire, œdèmes divers par diminution de la tonicité de la trame vasculaire et conjonctive, bourdonnements d'oreille, épistaxis, crampes des mollets, cryesthésies...

Chez un sujet normal, l'équilibre digestif se rétablit rapidement lorsqu'il vient à être troublé. En pareil cas, chez le neuro-arthritique, les troubles sensitifs, vaso-moteurs, trophiques, persistent, en raison de sa tonicité organique désaccordée, de sa tendance au spasme artériel et intestinal. Puis, au cours de l'affection, surviennent des symptômes un peu contradictoires ; n'insistons pas. Pendant longtemps, l'hypertrophie relative du début et l'excitabilité apparente font illusion, la décrépitude finit par arriver, parfois rapidement. *Le trouble de la fonction aboutit à l'insuffisance et à l'atrophie.* Aussi certains médecins considèrent-ils le spasme comme un simple épisode, l'*atonie comme le phénomène fondamental* (Esmonet).

***

Concluons : Il est un état héréditaire, marqué par l'hyperexcitabilité générale, l'exagération du fonctionnement de certains tissus, l'hypertonie des vaso-constricteurs et des muscles intestinaux, la tendance morbide à l'ischémie artérielle, au spasme et à la constipation. Si

l'aptitude originelle est contrecarrée par le milieu, les conditions d'existence, l'hygiène de ces sujets, un certain équilibre peut se maintenir. Mais un jour ou l'autre, vie mondaine surchauffée, chagrins, puberté ou ménopause, irritation génitale, travaux intellectuels excessifs, alimentation carnée, maladie intercurrente, telle que la grippe, en un mot pour un motif variable, l'harmonie fonctionnelle précaire cesse, et la constipation s'installe.

A ce moment, elle est dégagée de toute complication, elle a un type franc. A quels moyens thérapeutiques faut-il recourir ?

Les indications sont : de calmer et de tonifier le système nerveux central par une vie absolument régulière, dans un milieu tranquille, loin de toute agitation ; — de séjourner dans une station d'altitude moyenne, 4 à 600 mètres, préférable à la montagne proprement dite et à la mer ; — d'activer, de régulariser les circulations périphérique, musculaire et organique et les échanges nutritifs par des exercices bien dosés ; — de supprimer tout travail exagéré ou inutile du tube digestif par un régime alimentaire approprié aux besoins réels, sans mets excitants, sans irritants locaux, sans doses excessives, où les végétaux et les purées interviendront largement .... On évitera surtout soigneusement les purgatifs qui attaquent brutalement la muqueuse et produisent une exsudation de liquide analogue à celle survenant à la surface de toute membrane enflammée.

Il faut ensuite traiter plus particulièrement l'abdomen. *Toutes les manœuvres seront excessivement douces* ; avec tous les agents curateurs, physiques aussi bien que chimiques, il faut prendre en considération la réaction propre de chaque individu. L'irritabilité fonctionnelle — des appareils nerveux périphériques et centraux — réclame un excitant très faible, une dose quasi-homœopathique, suscitant un mouvement utile, non perturbateur. Il ne s'agit pas de renforcer des fibres striées ou lisses, de la paroi ou des organes profonds, mais *d'atténuer un désordre nerveux et circulatoire.*

***

Parmi les applications physiothérapiques, les *eaux minérales* méritent leur réputation. Elles font merveille par le changement de vie, de régime alimentaire,les promenades et l'hydrothérapie. A Plombières, le *bain d'eau courante* calme le système nerveux, exerce un certain massage de la peau,produit une vaso-dilatation active. A Châtel-Guyon, sans parler de l'absorption d'eau à dose faible, on a recours aussi au bain d'eau courante (l'acide carbonique doublant les effets du bain), et à la *douche sous-marine* si efficace et pouvant être si douce ; elle réunit, en effet, certaines manœuvres du massage à l'action de la chaleur locale. Mais elle est administrée sans contrôle, parfois brutalement, et ne donne pas alors de bons effets.

C'est chez une constipée spasmodique, qui ne supportait même pas cette douche sous-marine, que j'ai été conduit à employer, pour la première fois, à Châtel-Guyon, la *douche d'air chaud*, en 1908, le succès fut complet (1). Depuis lors, mes idées se sont fixées et précisées. La question de posologie a une réelle importance, il faut s'adresser à des méthodes très différentes selon la nature et l'évolution de la constipation.

Rappelons d'abord que de tout temps, on a utilisé la *chaleur douce et continue* de la compresse, ou de la brique, ou du sac de sable, de la vessie d'eau, du cataplasme de graines de lin, du cataplasme de boues..., en raison de son *action analgésiante et antispasmodique*. C'est aussi la raison du succès de la compresse chauffante électrique ou thermophore et des mélanges spéciaux tels que l'ambrine de Barthe de Sandfort.

On a aussi vanté les *bains* d'air chaud dans des cas assez analogues à notre sujet et que je crois devoir rappeler. Ainsi, le professeur Chantemesse les emploie chez des typhoïdiques. Il place au-dessus du ventre un cerceau constituant un serpentin de cuivre contenant de l'eau chaude ; la température de l'air s'élève d'une façon conti-

(1) LAMEL. — *Châtel-Guyon Journal*, 2 août 1908. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, février 1909. — *Archives générales de thérapeutique physique*, août 1909.

nue par rayonnement. Les selles sont ainsi plus régulières, le ventre souple, la douleur moindre, etc.

De même, Gelinski utilise dès le premier jour les bains d'air chaud chez les opérés de laparotomie ; le péristaltisme devient régulier (1). Ne sait-on pas depuis longtemps que toute irritation du grand sympathique, que le traumatisme viscéral donnent de l'adynamie, une diminution des pulsations cardiaques pouvant aller jusqu'à l'arrêt réflexe, de l'hypothermie, du spasme intestinal et vasculaire. L'air chaud y remédie (2).

L'action de la *douche* d'air chaud est différente par certains points. L'appareil le plus pratique, le plus communément employé, est le *ventilateur électrique* envoyant l'air sur une résistance qui le porte à une température de 100° à 200°. Je laisse de côté les caractères physiques de l'air, faible chaleur spécifique, faible conductibilité. Deux lois dominent la pratique : 1° la chaleur de l'air diminue rapidement avec la distance ; 2° l'action mécanique, le fouaillement délicat des chairs par l'air projeté faiblit avec la distance et avec l'angle auxquels il les aborde.

Dans un travail publié dans le *Progrès médical*, le Dr Miramond de la Roquette a décrit une échelle métrique et thermométrique pour l'application de la douche graduée d'air chaud. En réalité, on ne peut prétendre à une posologie mathématique.

Il ne s'agit pas ici, d'ailleurs, d'une action continue, mais d'une *série d'excitations espacées et variées.*

Dans le spasme, je commence la douche à 25 à 35 centimètres de distance, plutôt obliquement, donc sous une pression insignifiante, et à 35°. Il n'y a pas de vaso-constriction initiale. Peu à peu, la main qui tient l'appareil se rapproche de la peau et dirige le jet perpendiculairement à elle ; elle est sans cesse en mouvement et se promène devant le côlon ascendant, transverse, puis descendant. Il y a des alternatives d'impression par l'air surchauffé et par

(1) DAUSSET. — Société de Kinésithérapie, mars 1909. — Congrès de Physiothérapie, 1909.
(2) CHANTEMESSE. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, mai 1908.

l'air à la température ordinaire, des repos plus longs que les moments de stimulation.

J'évite aujourd'hui toute température supérieure de 75° à 80°, toute réaction de défense de l'organisme.

Quand, sur une surface large, on excite en même temps et également les deux sortes de nerfs vaso-moteurs, il y a vaso-constriction. Cependant, les recherches d'Ostroumoff, de Bowditch et Warren, de Rose Bradford et Dean l'ont établi, *les nerfs vaso-dilatateurs sont beaucoup plus sensibles aux excitations faibles que les vaso-constricteurs.* (V. Gley. Path. Gén. de Bouchard, t. 3). Avec l'air chaud, la vaso-dilatation active s'établit, le sang afflue dans les capillaires, puis les veinules, puis les artérioles ; la nutrition est activée.

En même temps se produit une certaine évaporation, une sorte de dessiccation des tissus. La sensibilité cutanée est atténuée.

Peu à peu, la vaso-dilatation gagne en profondeur. (La loi de balancement entre les réactions vasculaires superficielle et profonde de Dastre et Morat n'est plus acceptée). (Wertheimer, Pigerstedt.)

Le spasme musculaire intestinal disparaît, phénomèmène dû plus à l'apaisement des terminaisons sensitives cutanées qu'à une action sur les plexus profonds.

On aurait évidemment des effets contraires en cas d'attaque brutale ; ce serait alors la vaso-constriction au début, et l'augmentation de la *contractilité* musculaire.

Le praticien a sous les yeux le terrain d'opération, il dose l'application selon l'effet désiré et aussi suivant la réaction propre du sujet. La séance dure dix minutes et se termine sur une sensation de bien-être, de confiance, de douce chaleur. L'effet a été synergique sur les systèmes nerveux général et organique. Il n'y a pas de réaction fâcheuse.

Quand la séance est prolongée, la vaso-dilatation s'étend à une région plus vaste, la congestion de l'intestin est intense et généralisée (Dausset et Barcat). On constate l'abaissement de la tension, l'accélération du pouls,

de la respiration, l'élévation de la température centrale, la sudation.

Mais à cette période, on dépasse facilement la dose utile, la limite à partir de laquelle la réaction change de sens ; la vaso-dilatation active est alors remplacée par la vaso-dilatation passive durable. Le courant sanguin est ralenti, c'est la stase, l'immobilité des globules blancs le long de la paroi vasculaire, l'exsudation. Il y a un état général subfébrile ; localement, les tissus sont gonflés, comme œdématiés. En même temps, il a exagération réflexe du péristaltisme on peut obtenir une selle, mais ensuite la constipation redouble

Quand l'échauffement de la peau est très fort et très rapide, on n'observe plus l'amélioration de la fonction, mais des altérations moléculaires invisibles à l'œil nu : perte de l'élasticité, déformations des cellules et de la gangue interstitielle, début de coagulation des albumines ; on produit une violente action locale, qui amoindrit ou supprime la vitalité des éléments cellulaires. Dans les vaisseaux, le cours du sang est arrêté. Les brûlures assez étendues, comme les traumatismes viscéraux, comme les irritations intenses et soudaines de la peau provoquent l'hypothermie générale et locale temporaire.

On n'arrive pas d'ailleurs à ces effets avec le ventilateur à air chaud qu'emploient les masseurs français.

L'action du froid est différente.

Légère, il y a vaso-constriction suivie de vaso-dilatation active et temporaire ; c'est la réaction, mais elle s'accompagne d'excitation du péristaltisme.

Plus forte et plus longue, il y a vaso-constriction intense puis vaso-dilatation passive, congestion, sensibilité émoussée, avec encore exagération de la contractilité des fibres lisses.

Si le froid est particulièrement intense, la circulation s'arrête tout à fait dans les petits vaisseaux ; ils peuvent, s'il se prolonge, perdre la propriété de se dilater pendant quelques jours. Quand la circulation se rétablit les veinules restent les dernières rétractées et l'œdème survient.

En somme, le froid ne convient pas dans le spasme au début étudié ici.

***

Passons au massage.

Dans ses recherches, M. Stapfer a beaucoup insisté sur l'importance d'une bonne circulation abdominale et sur la valeur du massage local comme régulateur de la pression sanguine ; il a aussi mis en relief son retentissement sur l'état général par un effet spécial dynamogène. Lorsqu'on pratique des frictions circulaires du ventre, légères, brèves, entrecoupées de repos, il se produit alternativement des contractions réflexes de l'appareil circulatoire entraînant une augmentation de la tension artérielle et de l'énergie de la systole cardiaque, et, pendant les pauses, de la vaso-dilatation. L'effet total est une stimulation, une reprise fougueuse de la circulation dans son ensemble, une amplitude croissante du pouls capillaire.

Un massage continu et fort vide tout d'abord mécaniquement, exprime les vaisseaux. Mais il détermine de la parésie ultérieure des vaisseaux mésentériques ; le sang est drainé vers le centre du corps, il y a diminution marquée de la pression, et rétraction du cœur qui travaille presque à vide. Un degré de plus et ce serait la syncope par cardio-constriction.

D'autre part, ces manipulations excitent le mouvement péristaltique.

Evidemment, Messieurs, nous ne nous adresserons pas à ces manœuvres actives dans la constipation spasmodique envisagée ici ; nous nous bornerons à des *frôlements, des effleurages, des vibrations très fines* pratiquées avec la plus grande légèreté par la main bien à plat sur la région. Je ne suis pas le premier à faire le rapprochement ; ces manœuvres sont comparables aux frictions douces de l'épigastre accompagnant les passes magnétiques de certains rebouteurs entreprenant la cure de pseudo-coliques de miserere, qui ne sont, la guérison en est la meilleure preuve, que des constipations spasmodiques.

Les frôlements légers entraînent une faible vaso-dilata-

tion, activent les échanges nutritifs, atténuent la contractilité intestinale. Il semble que le *système nerveux central ait son attention réveillée* vers ce qui se passe dans le domaine du sympathique et se reprenne à jouer *son rôle d'inhibiteur*, de régulateur des fonctions végétatives.

Il vaut mieux s'en tenir à des vibrations superficielles, ne pas chercher à influencer les plexus du système sympathique.

Localement, les cellules sont mieux nourries, moins comprimées par les tissus voisins ; leur irritabilité est apaisée. Je laisse de côté systématiquement les effets secondaires, tels que l'augmentation des sécrétions, de la faculté de résorption...

Salignat emploie aussi des manœuvres très douces, mais il masse longtemps. Dans le spasme, l'hyperexcitabilité donne lieu de redouter un effet exagéré, une phase de pléthore, de congestion et de douleurs des organes profonds.

Il vaut mieux ne pas dépasser dix à douze minutes ; on s'arrête dès qu'il y a détente générale, calme et abandon du malade, sédation locale. A la fin de la séance, le pouls est moins dur, un peu plus fréquent, plus ample ; la tension est un peu abaissée, la respiration lente et profonde.

***

Je ne dirai que quelques mots de l'électricité.

La franklinisation, d'abord très recommandée, est un peu abandonnée aujourd'hui. N'est-ce pas à cause d'une erreur courante de posologie ? Avec les puissantes machines des installations physiothérapiques actuelles, on a un débit considérable ; le bain statique avec impression de l'abdomen par les effluves produit une *élévation de la tension*, de l'excitation. Il faudrait se contenter de petites machines, à faible débit, de bains courts, opérer dans le calme, donner du repos après les séances....

Avec le courant galvanique, on peut calmer la sensibilité de la paroi abdominale et du plexus solaire, l'activité réflexe des vaso-moteurs et des parois intestinales.

Mais là encore, tenons-nous-en aux actions douces. Rappelons-nous comme le sang afflue brusquement à la peau dès qu'on enlève les plaques, après un courant un peu fort et prolongé. La vaso-dilatation paralytique entraîne stase et œdème. Je m'en tiens donc à une intensité de 15 milliampères pendant 20 minutes.

Je ne pense pas qu'il faille recourir, au début de la constipation spasmodique, au courant faradique, bobines à fil fin, interruptions rapides, intensité faible. Il a bien pour propriété de diminuer la sensibilité de la fibre musculaire lisse et de la contracter en un frémissement rappelant le massage vibratoire sédatif. En somme, *il l'épuise.*

La haute fréquence (cage solénoïde de d'Arsonval spéciale pour l'auto-conduction de l'abdomen) peut encore être favorable, elle diminue la tension générale et locale, le spasme musculaire, l'irritabilité nerveuse.

***

Je conclurai donc que l'éclectisme en physiothérapie se justifie une fois de plus. Les agents physiques peuvent produire à peu près les mêmes effets. C'est plus une question de *degré* que de *modalité* de l'excitation.

Dans la constipation spasmodique des neuro-arthritiques, aux premières périodes de son évolution, la *douche d'air chaud*, d'un emploi si commode, *aura le rôle le plus important*; elle permet d'étudier le malade et les réactions et d'appliquer le précepte : *primum non nocere.* Plus tard, le massage sera excellent, car le terrain aura été exploré, l'association de ces deux agents est recommandée par tous les praticiens et peut servir de transition.

Plus tard encore l'électricité— surtout les courants galvano-faradiques faibles de Laquerrière et Delherm — trouvera son emploi.

Je réserve la douche large de l'abdomen, pendant 20 minutes, à plus de 100°, au traitement de l'atonie.

J'ajoute enfin que l'on n'est jamais à l'abri des rechutes, car le terrain fâcheux reste. C'est à l'hygiène géné-

rale, le malade remis debout, qu'il appartient de jouer alors, à nouveau, son rôle et de conserver un équilibre, une harmonie fonctionnels à peu près satisfaisants.

Discussion.

Dr Kouindjy. — Il y a un symptôme que notre confrère n'a pas mentionné dans sa très intéressante communication, et qui est relativement assez fréquent dans la constipation spasmodique des neuro-arthritiques : c'est le vertige gastrique dont j'ai eu l'occasion de communiquer à la Société quelques observations l'année dernière. Le traitement kinésithérapique m'a permis même de guérir un de ces cas. Cette guérison est due principalement à ce que le traitement fut suivi avec des étapes pendant cinq ans. Je suis d'avis que dans le traitement kinésithérapeutique de la constipation, le résultat positif n'est obtenu que lorsque le traitement est poussé loin, jusqu'à disparition complète du spasme et de ses causes.

Dans le massage des constipés j'ai l'habitude de combiner ensemble la douche d'air chaud et le massage. Notre collègue, le Dr Lanel, a publié un très intéressant travail sur la combinaison de ces deux agents physiques. Pour mes constipés spasmodiques, j'ai combiné donc la douche d'air chaud, que je tiens à une certaine distance pour ne pas me brûler la main et pour avoir sur la surface de l'abdomen du malade une température ne dépassant pas 40° et je masse avec l'autre main en même temps ; la main qui masse suit immédiatement la douche. Cette combinaison m'a paru être très efficace Elle n'est pas indispensable et j'ai obtenu souvent, comme d'autres massothérapeutes, des résultats très encourageants sans la douche d'air chaud et avec le massage abdominal seul.

Dr Rosenthal.— Vos malades ont-ils été traités à la fois par le régime et les agents physiques, ou un seul de ces éléments.

Dr Lanel. — Il y a intérêt à ne pas se cantonner dans un seul moyen thérapeutique, car leur combinaison permet d'obtenir une guérison beaucoup plus rapide. En outre, il est nécessaire de pousser la guérison à fond. Il ne faut pas cesser tout traitement dès que l'on a obtenu un résultat, car l'on voit survenir une rechute à brève échéance. Ce n'est pas par les applications d'air chaud ou le massage seul que l'on peut espérer guérir complètement une constipation. Il faudra soumettre pendant longtemps encore le malade à un régime sévère, si l'on veut une guérison définitive.

Mme Sosnowska. — Je suis absolument de l'avis de M. Lanel : le régime a une importance telle qu'il doit être continué pendant toute l'existence.

La claudication intermittente et son traitement par le massage,

Par le Dr Hirschberg.

C'est à Charcot que nous devons la connaissance de cette maladie chez l'homme, qui la décrivit pour la première fois en 1887. Goldflamm, de Varsovie, et le célèbre neurologiste Erb, en Allemagne, ont consacré une série de publications remarquables à cette maladie, jadis connue seulement des vétérinaires, et observée notamment chez les chevaux. Le symptôme saillant de la claudication intermittente consiste en une lourdeur d'abord, une douleur ensuite, dans une jambe aussitôt que le malade a parcouru une certaine distance, parfois même après n'avoir fait que quelques pas. Si le malade s'arrête, se repose, la douleur et la lourdeur disparaissent pour de nouveau reparaître à un nouvel essai de marche. Si le malade essaye par un effort de volonté de vaincre la souffrance et de marcher quand même, il est vite rappelé à l'ordre par une augmentation de la douleur et par une vraie paralysie de la jambe, et il tomberait s'il ne s'arrêtait immédiatement en cherchant le premier appui qui lui tombe sous sa main.

Si on examine ces malades quand ils sont au repos, on ne trouve aucun trouble fonctionnel, ni moteur, ni sensitif, aucune modification caractéristique dans le régime des réflexes. Ce n'est qu'en faisant marcher le malade qu'on provoque la crise et alors on observe une série de phénomènes des plus caractéristiques. Après quelques pas, le malade accuse que la jambe devient lourde, il commence à boiter ; à la lourdeur succède la douleur et ensuite une véritable crampe avec raideur spasmodique de toute l'extrémité. Le malade se laisse tomber en poussant des gémissements. Si on examine l'extrémité malade pendant la crise, on constate que le pied est froid et d'une pâleur cadavérique. Après quelques instants de repos, le malade sent la vie revenir dans sa jambe, c'est comme un flot de chaleur qui se

déverse dans sa jambe. A la pâleur du pied succède une coloration rosée d'abord qui se change en un rouge vif. Le pied est de nouveau chaud. Petit à petit, cette rougeur intense diminue et le pied reprend sa coloration normale. La claudication intermittente est ainsi un trouble qui ne se produit que pendant la fonction de l'organe, un *trouble méiopragique*, dans le sens que donnait à ce terme Potain. La station debout et la marche ne sont pas indispensables pour provoquer les phénomènes circulatoires et nerveux qui accompagnent la claudication intermittente.

Luxenburg a indiqué un procédé par lequel on peut se rendre parfaitement compte, sans faire marcher le malade, si celui-ci est atteint de claudication intermittente. Le malade étant couché, on lui commande d'exécuter avec la jambe qu'on examine différents mouvements. En dehors de la fatigue qui survient très rapidement, on observe la pâleur du pied, la raideur des muscles, le malade accuse de la lourdeur et de la douleur. Dans des cas d'un diagnostic difficile, l'*épreuve de l'apokamnose*, comme appelle Luxenburg son procédé, peut rendre de grands services. Nous devons cependant reconnaître que les phénomènes provoqués par cette expérience ne sont pas aussi intenses que dans la crise après la marche.

Quelle est la cause de la claudication intermittente ? Tout le monde est d'accord là-dessus et on considère que la raison de ces troubles méiopragiques est dans un apport insuffisant de sang artériel. C'est en somme une manifestation particulière de la loi de Potain sur les troubles méiopragiques. Par suite des troubles circulatoires, sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure, le sang n'afflue pas en quantité suffisante pour faire face aux dépenses qu'entraîne la fonction de l'organe. Il est cependant encore suffisant pour subvenir aux besoins de la nutrition de l'organe au repos. La conséquence d'une irrigation insuffisante par du sang artériel est une anémie des artérioles et des capillaires dans l'intimité des tissus et une contraction spasmodique

de ces vaisseaux par l'intermédiaire des effets régulateurs des nerfs vasomoteurs. Par un effet probablement réflexe, les vaisseaux cutanés se contractent également et occasionnent cette pâleur et ce refroidissement de la peau que nous constatons dans le cours d'une crise de claudication intermittente. En un mot, la claudication est l'effet d'un spasme des artérioles et des capillaires dans l'intimité des muscles, lequel spasme est provoqué par une insuffisance circulatoire artérielle. C'est pour cette raison qu'Erb a proposé de changer le nom de « claudication intermittente » en celui plus scientifique de *dyskinesia angiospastica*.

La grande majorité des malades qui souffrent de cette maladie sont des artério-scléreux. Cependant on observe la claudication intermittente également en dehors de l'artériosclérose généralisée, notamment dans toutes les maladies générales et locales qui entraînent des lésions des artères, comme le diabète, l'athérome, les artérites de différente origine, artérite oblitérante progressive, hypoplasie congénitale des artères, etc.

Le diagnostic de la dyskinésie angiospastique est assez aisé dans la grande majorité des cas. Cependant il peut présenter de grandes difficultés dans certaines formes frustes. Erb et Goldflamm citent des cas dans lesquels cette maladie a été confondue avec la tarsalgie. Nous pouvons, de notre côté, ajouter que nous avons rencontré des malades soignés pour des névralgies, des rhumatismes, et qui, dans la suite, se sont révélés comme des claudicants intermittents. Un signe précieux pour dépister une dyskinésie intermittente est l'absence des battements de l'artère pédieuse dorsale et de l'artère tibiale postérieure. Si on observe l'absence des battements du pouls à ces endroits après la marche ou après l'épreuve de l'apokamnose et à plus forte raison au repos, on peut à coup sûr diagnostiquer une claudication intermittente, surtout, si on a affaire à un malade atteint d'artériosclérose généralisée, à un athéromateux ou à un diabétique. La façon dont se comportent l'artère fémorale ou l'artère poplitée, cette dernière difficile à

explorer, a selon nous moins d'importance, car l'hypertension de la fémorale est loin d'exclure l'anémie artérielle et l'angiospasme consécutif dans les petites artères du pied et de la jambe. Quant à l'hypotension dans l'artère fémorale, elle indique soit un obstacle en amont de cette artère, soit une hypoplasie artérielle congénitale, soit une artérite progressive oblitérante, toutes maladies dans lesquelles la claudication intermittente n'est qu'une phase passagère, car elles aboutissent à la mort complète par gangrène des régions plus ou moins étendues de l'extrémité affectée. La claudication intermittente par angiopasme méiopragique, notamment chez les artérioscléreux généralisés, n'affecte pas si profondément la nutrition des tissus, et si elle aboutit à la gangrène, c'est par une complication intercurrente quelconque (thrombose, embolie, etc.). L'angiospasme avec troubles méiopragiques consécutifs chez les artérioscléreux n'est nullement limité aux extrémités inférieures, on le rencontre, quoique plus rarement, aux extrémités supérieures. Les connaissances plus intimes des phénomènes d'angiospasme nous font interpréter une crise d'angine de poitrine par spasme des coronaires comme une claudication intermittente du cœur ; l'aphasie et les paralysies cérébrales transitoires chez les artérioscléreux, comme une claudication intermittente par spasme des artères des centres corticaux ; et vous savez que Déjerine a décrit une claudication intermittente des centres médullaires, qui se traduit par une paraplégie méiopragique, car au repos les malades ne présentent aucune trace d'impotence motrice. La migraine ophtalmique, l'amaurose passagère, peuvent aussi être interprétées comme des crises de spasme des artérioles : dans le premier cas, des centres cérébraux ; dans le deuxième cas, des vaisseaux de la rétine.

On peut dire sans être taxé d'exagération que les angiospasmes paroxystiques dominent actuellement la symptomatologie de l'artériosclérose, qui a du reste et sans cela pas mal de méfaits sur sa conscience.

Mais revenons à la claudication intermittente. La

crise de boiterie, telle que nous l'avons esquissée plus haut, ne s'installe pas d'emblée chez les malades. Elle a des précurseurs qu'il est très important de connaître, car par un traitement rationnel on pourra dans beaucoup de cas, sinon éviter, du moins retarder le développement complet de la maladie. Si un malade présentant des signes d'artériosclérose se plaint de paresthésies plus ou moins pénibles dans une ou dans les deux jambes pendant la marche, surtout après une marche un peu fatigante, et si surtout il appelle votre attention sur ce fait extrêmement important qu'après *un court repos*, *les sensations désagréables se dissipent*, méfiez-vous, car ce malade va vers une claudication intermittente. Ne vous contentez pas d'examiner ses articulations, ses nerfs, ses réflexes, ses muscles et la sensibilité de sa peau, examinez soigneusement ses artères, surtout les pédieuses et les tibiales postérieures, prenez la pression artérielle. Méfiez-vous surtout, dans des cas pareils, d'instituer un traitement hâtif par des analgésiques, qui sont tous des vaso-constricteurs, par conséquent désastreux pour les artérioscléreux. Abstenez-vous d'instituer un traitement électrique à moins que cela soit la d'arsonvalisation, ni un traitement hydrothérapique par de l'eau trop froide ou trop chaude. Recommandez au malade, en dehors du traitement classique de l'artériosclérose, surtout de ne pas se fatiguer par des marches trop fatigantes et trop prolongées, d'éviter l'humidité et le froid. Ces simples conseils de prudence suffiront très souvent pour retarder la vraie crise de dyskinésie angiospastique. Mais si la maladie est arrivée à son plein développement, ces moyens ne sont plus suffisants.

Partant du principe qu'à la base de la claudication intermittente se trouve une insuffisance de la circulation artérielle, nous avons institué chez nos malades un traitement par un massage un peu spécial, qui a pour but de favoriser l'afflux du sang artériel dans l'intimité des tissus. Le massage tel qu'on le pratique d'après les principes classiques, c'est-à-dire dans le sens centripète ou dans le sens de la circulation veineuse n'est

pas applicable dans la claudication intermittente. Le massage habituel se substitue au fonctionnement de l'organe, c'est en quelque sorte un fonctionnement passif.

C'est là du reste la raison d'être même du massage dans une foule de circonstances, dans lesquelles l'arrivée du sang artériel n'est pas en cause, mais où il s'agit d'activer la circulation veineuse et lymphatique et de s'opposer à des stases humorales. Tel n'est pas le cas chez nos dyskinésiques. Par conséquent chez eux le massage classique n'est pas applicable. Nous guidant par ces considérations théoriques, nous avons renversé les règles du massage, et, au lieu de masser de bas en haut, c'est-à-dire dans le sens de la circulation veineuse, nous massons de haut en bas, c'est-à-dire dans le sens de la circulation artérielle.

Voici notre manuel opératoire : après avoir couché le malade, nous procédons d'abord à une friction énergique de la peau de l'extrémité à masser. Cette friction agit sur les vaisseaux et les vasomoteurs cutanés. Ensuite on passe au massage abdominal d'après les règles que nous avons tracées il y a 23 ans. Le but de ce massage est de favoriser la circulation des jambes par aspiration vers les veines intra-abdominales. Après quelques minutes de massage de l'abdomen, nous faisons des pressions lentes et douces, d'abord à la partie antéro-interne de la cuisse le long du parcours de l'artère fémorale, en commençant dans l'aine et descendant très lentement vers le genou. Après plusieurs passes ainsi exécutées dans cette région, on fait légèrement fléchir le genou du malade et on exécute les mêmes pressions dans le même sens, en commençant par la face postérieure du quart inférieur de la cuisse, passant par la cavité poplitée et continuant sur la face postérieure de la jambe jusqu'au-dessus des malléoles. On complète ce massage par de légères pressions sur la face dorsale du pied en les dirigeant du cou-de-pied vers les orteils. Le massage ainsi exécuté demande plus de douceur, plus d'égalité dans la pression avec la main, que le massage habituel. Il ne doit pas être long (pas plus de cinq minu-

tes par jambe) et le malade ne doit accuser pendant la séance de massage aucune sensation douloureuse ou simplement pénible.On termine la séance par un nouveau massage abdominal de courte durée (3 minutes). Les effets du massage, tels que nous les avons observés chez nos malades, sont les suivants : ils sentent les jambes plus légères après le massage, les paresthésies diminuent et la faculté à la marche augmente.Les maladesse fatiguent moins vite ; la douleur, la lourdeur, précurseurs de la crise de claudication, se montrent plus tardivement.

Aux malades atteints de crises franches de claudication on recommandera, en dehors du massage, le repos aussi complet que possible. Nous voudrions qu'on essaye notre méthode de massage en combinaison avec des bains à l'acide carbonique, soit artificiels, soit aux stations balnéaires qui possèdent des sources naturelles contenant de l'acide carbonique tels que La Malou et Royat en France, et Nauheim en Allemagne. Les effets vaso-dilatateurs connus de ces eaux seraient selon nous un adjuvant précieux au massage tel que nous le recommandons.

Discussion.

M. Kouindjy. — Cette communication, nous dit le Dr Hirschberg, fera partie d'un travail qu'il se propose de présenter au Congrès international de cette année. Je suis heureux de voir enfin surgir la question du traitement kinésithérapique de l'artério-sclérose. C'est un gros chapitre pour la kinésithérapie, qui n'a pas encore été entamé jusqu'à présent, et reste absolument inconnu de la majorité du corps médical. J'espère prendre part à la discussion et apporter quelques preuves à l'appui du rôle important que peut jouer le massage méthodique dans le traitement de l'artério-sclérose. Aujourd'hui, je désire seulement vous citer brièvement une observation qui montre que la claudication intermittente a une relation étroite avec l'artérite dont parle notre président dans sa communication. Il y a quelques années j'étais appelé, par un de nos plus remarquables maîtres, à donner mes soins à un monsieur qui était atteint d'une artérite de l'artère pédieuse gauche.

Mon maître jugea qu'un massage méthodique pourrait réta-

blir le fonctionnement de cette artère et permettre au malade de recommencer à marcher. Et, en effet, après une dizaine de séances, notre malade pouvait déjà marcher dans son appartement, et bientôt, il put descendre dans la rue et faire ses promenades. Tout avait l'air d'aller bien. Mais, comme homme en vue, il avait des conseils de beaucoup de médecins, certains lui affirmèrent la possibilité d'avoir la gangrène et, surtout, s'il continuait le massage. Pris de peur, et se sentant moins bien après un long voyage, le malade avait la hantise de la gangrène, et finit par nous entraîner, le médecin traitant et moi, à partager cette crainte de la gangrène. Nous abandonnâmes le massage. Maintenant, je le regrette pour le malade, car j'ai la conviction que si j'avais continué le massage méthodique, j'aurais pu peut-être guérir le malade. En tout cas, l'artérite pédieuse de notre malade présenta des symptômes très analogues à ceux décrits par Hirschberg. J'ai massé mon malade comme le conseille notre collègue et comme l'a déjà conseillé Zabludowsky *de haut en bas*, en combinant les manœuvres destinées à rétablir la circulation de retour avec la manœuvre qui active la circulation artérielle.

Dr Stapfer. — L'artériosclérose est-elle la seule cause de claudication intermittente ? J'ai vu un jeune enfant atteint de claudication intermittente. Faut-il incriminer ici l'artério-sclérose ?

Dr Hirschberg. — La claudication intermittente peut s'observer chez de jeunes enfants, et l'on est en droit de penser qu'il s'agit là d'artérite hérédo-syphilitique.

Dr Stapfer. — Le Dr Hirschberg nous dit qu'il fait le massage de haut en bas.

En kinésithérapie gynécologique, nous avons des malades impotentes que nous arrivons à remettre très vite sur pied et à faire marcher par le massage abdominal. On peut arriver à des résultats plus rapides, en certains cas, en faisant le massage des membres inférieurs que suivant la méthode suédoise nous pratiquons toujours de haut en bas, et par roulement musculaire.

Dr Leroy. — Le Dr Hirschberg a-t-il essayé chez ses malades les mouvements actifs comme ils ont été préconisés pour le traitement des engelures ?

Dr Hirschberg. — Les mouvements actifs doivent être absolument proscrits, car s'ils agissent favorablement sur la circulation veineuse, ils exagèrent le spasme des vaisseaux artériels, et ne font qu'exagérer les phénomènes de syncope locale.

Dr Wetterwald. — Parfaitement, les cas sont tout diffé-

rents. En Suède, on fait suivre la circumduction du pied d'un mouvement actif, à résistance ; nous l'avons supprimé en gynécologie, car il détruit en partie les bons effets de la circumduction.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
WETTERWALD.

Le secrétaire des séances,
Raoul LEROY.

Séance du jeudi 31 mars

Présidence du Dr Hirschberg.

Presents : Mmes Cécile Dylion, Sosnowska, MM. Almoido (Porto), Gaston Bloch, Charbonnier (Caen), Clodhausen (Copenhague), Gendron (Bordeaux) ; Hirschberg, Kouindjy, Lanel, Ledent (Liége) ; René Mesnard, Percheron, Philippe, Siems (Menton-Vichy), Stapfer, Taviatian (Constantinople), Thooris, Wetterwald.

Excusés : Danjou (Nice), Bralant, Tschudnowsky.

Allocution du Dr Hirschberg, *président* :

Messieurs,

En ouvrant cette séance de notre Société, séance solennelle s'il en fût, je souhaite une cordiale bienvenue à nos collègues étrangers qui nous font l'honneur d'assister à notre réunion. Le Congrès international de Physiothérapie, qui se déroule en ce moment à Paris avec une splendeur sans précédent, est pour nous, kinésithérapeutes, un triomphe tout particulier. Chacun de nous, Messieurs, j'en suis sûr, a dû ressentir l'émotion que j'ai ressentie moi-même à la séance d'ouverture du Congrès. Cette salle splendide de la Sorbonne, l'assistance si brillante, où nos gloires médicales se mêlaient aux représentants officiels des gouvernements étrangers ; le doyen de la Faculté de Médecine de Paris, le Président de la République française, l'*Hymne national*, tout cela pour fêter la physiothérapie dont notre kinésithérapie fait partie. Il me semblait que je rêvais, et je me reportais mentalement à 20 ans en arrière, à mes débuts modestes dans la kinésithérapie. Je me rappelle encore le dédain avec lequel on me recevait à cette époque dans les services hospitaliers, quand je venais solliciter la permission d'étudier les effets du massage sur la digestion. Le massage ? Ce sont des garçons de bain au Hammam qui font ça : on ne peut pas présenter une thèse sur un sujet aussi scabreux. Et même mon regretté maître Dujardin-Beaumetz, qui m'a si libéralement ouvert son service à l'hôpital Cochin et sous le patronage duquel j'ai pu fonder la première école de massage à Paris, même lui, cet esprit si ouvert à toutes les nouveautés scientifiques, je n'ai

(1) A l'occasion du IIIe Congrès international de Physiothérapie (29 mars-2 avril), la réunion d'avril a été avancée.

pu le convertir au massage gynécologique. J'avais beau lui présenter des cas guéris, lui traduire en français le seul livre de l'époque, les observations de Profanter recueillies dans le service du Prof. Schulze, à Iéna, il restait irréductible, et dans ses leçons sur le massage gynécologique, il traitait, à ma grande douleur, le massage gynécologique de pratique indécente. A propos du traitement de l'abaissement de la matrice par relâchement des ligaments, il disait : Pour ce massage, ils se mettent à deux, l'un frotte dedans, l'autre frotte dehors, — et l'auditoire riait jusqu'aux larmes. Il n'y avait qu'un seul qui ne riait pas, c'était moi. Si à ce moment on m'avait dit que, 23 ans plus tard, on fêtera le massage comme une branche autonome de la physiothérapie, et qu'à un Congrès international on présenterait un rapport sur la kinésithérapie gynécologique, quelque ardente que fût ma foi juvénile, je ne l'aurais pas cru. Nous avons donc lieu d'être heureux du triomphe de notre cause, et consolons-nous des affronts passés en nous rappelant que le grand Duchenne de Boulogne, la plus pure des gloires de la science française n'aurait pas réalisé ses belles découvertes, s'il n'avait pas trouvé un puissant appui dans la personne de Trousseau. J'ai dernièrement relu les pages que Jaccoud a consacrées aux travaux de Duchenne ; elles sont pleines de fiel, de méchanceté, de mauvaise foi. Comment? ce petit médecin de province, qui n'était ni agrégé, ni médecin des hôpitaux, se permettait de faire des découvertes ! Mettez maintenant en parallèle ce qui reste de l'œuvre du prof. Jaccoud et du petit médecin Duchenne de Boulogne. Et si le prof. Jaccoud, assagi par l'âge, faisait maintenant un tour dans l'enceinte de l'exposition de notre Congrès, il verrait ce qui est sorti de l'œuvre du petit médecin de province Duchenne, de Boulogne. La justice immanente dont parlait Gambetta s'est faite pour l'électrothérapie, elle est en train de se réaliser également pour la kinésithérapie. Le Congrès actuel en est une preuve éclatante.

Les progrès réalisés par la kinésithérapie dans ce dernier quart de siècle sont considérables, mais il reste encore beaucoup à faire, car la kinésithérapie, comme branche des sciences médicales, n'est encore qu'à ses débuts.

Communication.

Trois cas de cellulite ayant donné lieu à des erreurs de diagnostic,

Par le docteur A. Gendron (de Bordeaux).

Il nous paraît intéressant de signaler aux confrères la

fréquence des erreurs de diagnostic dues à l'ignorance à peu près complète dans laquelle se trouvent les praticiens au sujet de la cellulite.

Nous avons pu dans une période de temps relativement courte relever trois de ces erreurs et avons de la sorte empêché deux laparotomies.

Voici succinctement ces observations.

Mlle H. M., 24 ans, vient me demander mon avis concernant le diagnostic d'appendicite porté par un chirurgien des hôpitaux et sur la nécessité de l'intervention. Cette malade est une constipée de longue date avec crises de douleur et un peu d'entérite comme beaucoup de ses semblables. Un jour de colique douloureuse, elle a fait appeler son médecin habituel. Celui-ci constate au point dit de Mac-Burney une douleur exquise à la pression, trouve le ventre douloureux, de la défense musculaire et prononce le mot d'appendicite. Il fait appeler un chirurgien qui trouve le rectum douloureux au toucher, confirme le diagnostic et déclare l'opération indispensable dans un délai assez rapproché.

J'examine cette malade venue spontanément à mon cabinet et suis très étonné de constater qu'elle est uniquement atteinte de cellulite de la paroi abdominale et qu'elle présente juste au point classique de Mac Burney, une plaque indurée facilement saisissable entre les doigts et extrêmement douloureuse à la pression.

Je rassurai cette malade, la soumettais le jour même à un traitement kinésique avec adjonction de douche d'air chaud à 150° selon la méthode du Dr Dausset. En quelques jours, j'obtenais par ces moyens une cessation absolue de toute douleur et la guérison de la constipation suivait quelques semaines après.

Le deuxième cas est à peu près identique. Il s'agissait d'une malade atteinte de grippe d'où le diagnostic d'appendicite post-grippale. Le même traitement me donna en peu de temps une guérison complète.

Le troisième cas est le suivant : Une malade m'est adressée par un confrère dans les conditions suivantes. C'est une hystéro-neurasthénique un peu arriérée, qui se plaint depuis deux ou trois années d'une sensation continuelle de froid sur toute la région comprise entre le mamelon du sein gauche, la crête iliaque la colonne verbale et l'apophyse épineuse de l'omoplate. Son médecin

pensant à ce que beaucoup appellent encore *névralgie sine materia* m'envoyait cette malade pour un traitement psychique beaucoup plus que pour le massage en lui-même.

J'examinais cette personne et trouvais dans toute la région indiquée toute une granulation cellulitique extrêmement douloureuse à la pression et que je dus dissocier par un pétrissage doux, la douleur devenant intolérable dès que la pression était un peu trop forte. A l'heure qu'il est, après 10 séances, la guérison peut être considérée comme définitive.

Discussion.

M. WETTERWALD. — L'erreur qui consiste à confondre la cellulite superficielle ou profonde avec une inflammation intestinale ou annexielle est des plus fréquentes. J'ajouterai qu'elle n'est pas toujours des plus évitables. Le diagnostic de la panniculite ou cellulite de la paroi se fait, comme M. Gendron l'a rappelé, en faisant un pli à la peau. Cette cellulite cutanée peut coexister avec une cellulite abdominale, soit de l'intestin, soit des annexes droites qui ont quitté le pelvis, et enfin, la cellulite profonde peut exister seule. Mais dans aucun cas, on ne peut tirer un argument sérieux pour le diagnostic de l'appendicite du signe de Mac-Burney. pour des considérations tirées de l'anatomie (ligaments de Treitz-Clado-Durand, situation pelvienne de l'appendice dans 14 % des cas de Legueu, 30 % de Tuffier, 61 % de Brandsby), de la physiologie (congestion menstruelle ; grossesse , ascension des annexes) ; de la pathologie (grossesse extra-utérine, tumeurs salpingo-ovariques, cellulite annexielle et péri-intestinale).

M. CHARBONNIER. (Caen). — Je partage absolument l'opinion du Dr Werterwald au sujet du peu de créance qu'il faut accorder au point de Mac-Burney, et aux raisons que donne notre collègue j'ajouterai la variabilité de siège du point douloureux de l'appendicite suivant les sujets. Dans 61 % des cas, l'appendice iléo-cœcal étant en position rétro-cœcale, le point dit de Mac-Burney n'existe pas ou ne correspond pas à l'appendice. La douleur siège souvent en arrière du cœcum, d'ordinaire très dilaté, c'est-à-dire plus bas et plus en dehors que le point classique.

M. KOUINDJY. — Etant admis que le point de Mac Burney ne correspond pas toujours à l'appendice, qu'il peut exister en dehors de toute lésion appendiculaire, quelle est alors sa signification ?

M. Hirschberg. — Ce serait une erreur de croire que le point de Mac Burney correspond à l'endroit où est situé l'appendice. L'hyperesthésie de ce point doit être considérée comme une zone de Head, et à elle seule ne suffit pas pour affirmer l'existence d'une appendicite. Comme vient de nous le montrer notre collègue Gendron, une cellulite peut parfaitement simuler un point de Mac Burney. Dans des cas d'un diagnostic délicat, je me sers du procédé suivant, qui n'est d'ailleurs pas de mon invention. En comprimant fortement le flanc droit du malade dans la région du côlon ascendant, comme on fait pour explorer la mobilité du rein droit, le malade, au moment de la compression de son côlon ascendant, s'il y a l'appendicite, accuse une douleur très nette dans la région appendiculaire. Si cette douleur fait défaut, on est en droit d'affirmer que son point de Mac-Burney ne correspond pas à une inflammation appendiculaire, mais traduit soit une cellulite cutanée, soit une salpingo-ovarite, soit même une colique néphrétique.

Communication du Dr Lanel (1).

Discussion (*Suite*).

Dr Hélène Sosnowska. — Un cas très intéressant de guérison d'une malade neurasthénique, atteinte de constipation spasmodique, apporte une nouvelle preuve à l'appui de la savante communication de notre confrère le Dr Lanel, c'est pourquoi je me permets de le citer.

Il s'agit d'une demoiselle d'une trentaine d'années dont les intestins n'ont jamais fonctionné naturellement ; elle avait essayé de tous les traitements, mais sans aucun résultat, lorsqu'elle vint me consulter.

A cinq ans, elle eut une fièvre muqueuse suivie, quelques mois plus tard, d'une scarlatine ; à huit ans, une jaunisse très forte ; puis, souvent, des vomissements de bile. A onze ans, la rougeole, et toujours une constipation opiniâtre ; à cet âge elle a éprouvé des malaises indéfinis dont elle ne voulait jamais se plaindre ; à la mer, des maux de tête.

A quinze ou seize ans, elle a commencé à avoir de l'urticaire et des troubles d'estomac pendant lesquels son teint, ordinairement clair, devenait tout à coup jaune ; en même temps, chose surprenante chez une personne de caractère gai, des accès de tristesse sans cause.

A 17 ans, des leçons d'équitation l'ont terriblement fatiguée, mais elle les a continuées pour ne pas se plaindre,

(1) Voir *la Pratique des Agents Physiques*, no 3, Dr Lanel : La Constipation spasmodique des neuro-arthritiques.

bien qu'elle se soit sentie déprimée à tel point qu'elle se demande à présent si cela n'a pas été le point de départ de sa maladie.

Vers 21 ans, sa santé s'affaiblit tout à fait, elle éprouve des migraines d'estomac qu'elle prend pour des névralgies et qu'elle ne soigne pas ; cependant les intestins fonctionnent à peu près tous les deux jours avec des drogues.

Au printemps, elle a une grippe ; un médecin trouve que cette grippe s'est portée sur le foie, mais ne soulage pas sa malade ; elle traîne trois mois perdant chaque jour un peu plus de force, ne pouvant plus marcher ; puis elle devient jaune.

A partir de cette époque, son état s'aggrave ; elle souffre de l'estomac sans une minute de répit ; malgré cela, elle mène la vie de tout le monde et c'est un enfer.

Les étés étaient toujours bien meilleurs que les hivers. en automne, elle se remontait un peu ; mais quinze jours de Paris la mettaient dans le même état que l'hiver précédent.

Le traitement Combes augmente la constipation ; les intestins ne fonctionnaient plus qu'avec des drogues et l'atonie du tube digestif s'affirmait chaque jour ; les douleurs d'estomac devenaient intolérables, bien qu'elle engraissât ; elle commença alors à devenir noire.

Un médecin allemand la remonta avec une suralimentation au lait ; mais, au bout de six mois, elle retomba de nouveau.

En 1906, elle souffrait terriblement des nerfs et se sentait tellement faible qu'elle était deux heures à se remettre d'une promenade de 10 minutes. Le Dr Petit, qu'elle consulta alors, la fit coucher un mois ; elle était mieux des nerfs, mais atrocement constipée, aussi est-elle bientôt retombée.

Une cure de lait l'a anéantie ; les eaux de Saint-Gervais, puis deux mois de montagne, un mois d'Ouchy ; au bout de tout cela une terrible crise de foie.

Elle a consulté au moins quinze médecins ; aucun ne lui a apporté un soulagement durable, et vraiment elle désespère de se guérir jamais.

Lorsque je la vis pour la première fois, son état de maigreur était extrême ; elle pesait 41 kg., la peau du visage et du corps était bronzée, langue blanche, mauvaise haleine.

Faiblesse extrême ; la malade ne peut ni recevoir, ni parler, ni marcher ; tout la fatigue, elle a fréquemment des malaises nerveux.

De plus, elle est mal réglée ; parfois en avance, parfois en retard ; des douleurs légères dans le bas-ventre, des règles ou trop fortes, ou trop faibles.

L'analyse de l'urine a démontré l'auto-intoxication et une

diminution des échanges nutritifs avec un peu de diabète et de congestion au foie.

Au palper, il est absolument impossible de sentir aucun organe, tellement la paroi abdominale est tendue, tant elle est à l'état de spasme.

J'ai mis cette malade au régime : fruits crus et légumes verts cuits à la marmite, pain grillé, un peu de lait caillé, — tel a été son menu quotidien pendant trois mois.

Je lui ai ordonné deux bains de siège chauds (38°) par jour d'une demi heure chacun, des bains d'air et des bains de soleil, puis, je lui ai fait du massage vibratoire : chaque fois pendant 5 à 10 minutes avec la main droite et l'index gauche dans le rectum. Les organes génitaux étaient soignés en même temps.

Pendant dix autres minutes, je faisais le massage vibratoire externe avec les deux mains, la droite posée sur le plexus solaire et la gauche vibrait sur toute la surface de l'abdomen.

Le traitement a duré six mois, avec séance tous les jours.

Au bout d'une semaine de massage, les intestins ont fonctionné naturellement, sans aucun médicament, ni lavement, avec des intervalles de 2 ou 3 jours de constipation.

Depuis deux ans, elle n'a pas eu de rechute et se porte bien, sans massage, mais en continuant son régime quoique beaucoup moins sévère qu'au début, puisqu'elle y ajoute des céréales et des plats sucrés.

L'analyse d'urine faite régulièrement chaque mois a démontré l'augmentation des échanges nutritifs et la disparition du diabète.

La malade a pu reprendre sa vie active, elle marche, elle reçoit ses amies, beaucoup moins nerveuse, elle est restée cependant très impressionnable.

Il est intéressant de remarquer que le massage vibratoire a eu sur la maladie une heureuse influence, puisqu'aucun autre traitement n'avait pu jusque-là en avoir raison.

Je ferai observer, en outre, que dans la constipation spasmodique, il faut encourager la malade à attendre les garde-robes, plutôt que de les provoquer par des lavements ou des médicaments.

Malgré toute l'efficacité du massage dans ce cas, je crois que cette malade si gravement atteinte n'aurait pas obtenu une guérison aussi complète sans bain d'air, d'eau, et régime végétarien ; mais je suis certaine aussi que sans le massage vibratoire éminemment sédatif et calmant et antispasmodique, je n'aurais pas obtenu un si beau résultat.

Les deux traitements se complètent l'un l'autre, massage

vibratoire et régime doivent être conseillés dans le cas de constipation spasmodique.

M. Hirschberg. — Déjà dans ma thèse, en 1889, j'ai insisté sur l'importance du massage abdominal superficiel et léger pour combattre les états spasmodiques gastro-intestinaux. Je répète donc : massage profond, énergique, *mais lent*, dans les atonies ; massage superficiel, *lent* et doux chez les spasmodiques, et j'ajoute que, quelle que soit la susceptiblité du malade, on peut l'habituer progressivement à supporter le massage abdominal superficiel, qui a, selon moi, des effets sédatifs merveilleux.

M. Stapfer. — J'ai eu rarement l'occasion de traiter spécialement la constipation, mais voici ce que j'ai pu observer chez un certain nombre de malades : après un nombre variable de séances, on perçoit le gros intestin, contracté et rétracté, sous la forme d'une corde rigide, et réduit au volume d'un doigt. Il s'agit évidemment d'un état réflexe consécutif au massage abdominal, léger, superficiel. Très rarement, une seule fois, si j'ai bonne mémoire, j'ai eu à traiter un malade dont je pouvais vider l'intestin dans le rectum d'une façon absolument mécanique, comme les chareutiers vident un boyau.

M. Wetterwald. — M. Lanel étudie, dans son travail, la question toujours controversée de la cause première des scléroses organiques. Est-ce l'angiospasme qui aboutit à l'intoxication, ou celle-ci est-elle consécutive à la vaso-contriction ? Il penche pour la première hypothèse, et alors on peut lui demander à quelle cause il attribue le spasme permanent des artérioles et des capillaires ? On peut discuter à perte de vue sur ce sujet. Ce qui est plus intéressant, au point de vue pratique, c'est la distinction qu'il fait entre la *sclérose lente, bâtarde, fibroïde, de Letulle*, et les *cellulites*. La première consiste (d'après les propres termes de M. Lanel) *en un épaississement des fibrilles connectives fondamentales*, et serait ainsi différente *de la sclérose inflammatoire, vraie, active et végétante, qui crée du tissu de granulation*. Il est évident que M. Lanel a en vue, en parlant de cette deuxième forme, la cellulite des masseurs suédois, lesquels désignaient effectivement sous ce nom les granulations que leurs doigts rencontraient sous la peau. Mais il y a longtemps que M. Stapfer a étendu le terme de cellulite, primitivement limité à ces productions inflammatoires, à des altérations microscopiques du tissu conjonctif, en gynécologie, et j'admets, de mon côté, que la lésion anatomo-pathologique primitive de l'arthritisme est une altération lente du tissu conjonctif sous-cutané, viscéral, péri-vasculaire et péri-nerveux, avec tendance à la sclérose.

Les altérations macroscopiques (nodules, grains durs, œdèmes) sont des troubles trophiques, tardifs, inconstants.

M. Kouindjy. — Quand il s'agit d'une constipation atonique, forme prédominante des constipations opiniâtres, il faut faire un massage profond et aussi longtemps que possible. J'ai l'habitude de commencer par les effleurages ; j'utilise les pressions, le pétrissage et également les vibrations. que je ne prolonge jamais au-delà de trois ou quatre minutes. La vibration seule, faite même pendant un quart d'heure, ne suffit pas pour avoir raison d'une constipation franche. J'ai essayé de faire boire mes malades constipés, avant le massage, au début du traitement ; il m'a semblé que cette façon d'agir m'a donné quelques résultats. Mais, bientôt, je me suis aperçu que faire boire les constipés avant le traitement ne change en rien l'action du massage méthodique et je continue à masser mes constipés ou le matin à jeun, ou trois heures après les grands repas.

Dans le massage de la constipation, il faut savoir prolonger le traitement et le faire avec étapes ; surtout, il faut bien se garder de promettre monts et merveilles aux constipés et, si le massage abdominal est le traitement de choix dans la constipation, il ne faut pas oublier qu'il exige une assiduité et une durée relativement longues. S'il y a des constipés qui guérissent après 15, 20 massages, et, parfois moins, il y en a par contre pour lesquels il faut un traitement prolongé avec des intervalles. Notre devoir est de prévenir de ces éventualités les praticiens et les malades afin de mettre le massage méthodique à l'abri de tout discrédit.

M. Charbonnier. — Qu'il s'agisse de constipation atonique ou spasmodique, les faits observés semblent démontrer que le massage prudemment et habilement pratiqué donne de bons résultats dans l'une et l'autre formes. Mais il ne faut pas se retrancher derrière une étiquette clinique, et savoir adapter le traitement manuel non seulement à la forme de la constipation, mais encore à l'état individuel du sujet. Il est fréquent de voir échouer chez un constipé un traitement qui a réussi chez un autre dont la constipation était de même nature. En un mot, il faut *doser* le massage comme on dose un autre médicament, selon l'âge, le sexe, le tempérament et l'état général du sujet.

M. Thooris. — Cette question de constipation spasmodique est justiciable d'une autre thérapeutique que celle du massage et de la diététique, si j'en juge par les résultats que j'ai obtenus chez des constipés aérophages. On sait que ce genre de malades ont toujours du spasme du tractus digestif. Je pense que la poche d'air, où qu'elle se trouve, et particulièrement en haut de l'estomac ou à l'angle splénique du

côlon, est toujours le résultat d'un spasme en deçà ou au-delà du segment. Il en résulte une tension gazeuse localisée, dont l'intensité dépend de l'intensité spasmodique.

La poche d'air sous-tension stomacale ou colique refoule le diaphragme en haut ; ce fait est constant et on voit la pointe du cœur battre dans l'ombre de la voussure gauche. C'est-à-dire que la pointe du cœur, au lieu de battre au-dessous du diaphragme, bat en avant de celui-ci, dans le sinus costa-diaphragmatique antérieur.

Tous les aérophages sont des constipés spasmodiques. Notre confrère Leven a dit que l'aérophagie se diagnostique avec le « doigt dans l'anus ». On constate un spasme, les sujets ont une horreur instinctive des lavements.

Eh bien ! j'ai obtenu chez trois de ces malades des résultats immédiats par des mouvements méthodiques de l'enveloppe abdominale : diaphragme, sangle, psoas, vessie et périnée.

Les mouvements méthodiques ont pour effet de diminuer le volume abdominal. On comprend très bien que le spasme réduisant le calibre du tractus digestif, le contenu viscéral puisse devenir trop petit pour un contenant devenu trop grand, d'où déficit de la tension abdominale et manque de point d'appui pour le travail diaphragmatique.

Les mouvements que je préconise ont pour but de ramener l'adaptation du contenant au contenu et inversement, et il semble qu'on puisse y réussir sans autre moyen physiothérapeutique. La constipation disparaît d'ailleurs avec le spasme.

Communication du Dr Hirschberg (1)

Discussions (suite.)

M. Tschudnoswky. — Je soigne depuis 6 ans une jeune fille atteinte d'une sorte de claudication *pulmonaire* ou asthme essentiel. L'examen répété des crachats et l'auscultation ont été jusqu'à présent négatifs au point de vue de la tuberculose, quoique son père fût mort jeune de cette affection. Le seul fait qui m'avait frappé chez cette enfant était la dureté de son artère radiale. Je me demande si cet asthme essentiel et rebelle à tous les traitements usités en pareil cas n'est pas dû à la contraction spasmodique des artérioles pulmonaires sclérosées par hérédité spécifique.

M. R. Mesnard. — La claudication intermittente est-elle observée fréquemment ?

(1) Voir *la Pratique des Agents Physiques*, n° 3, Dr Hirschberg. La claudication intermittente et son traitement par le massage.

M. Hirschberg. — Assez rare autrefois, à l'époque où Charcot l'a signalée et étudiée, elle tend à devenir plus fréquente à mesure qu'on apprend mieux à la dépister et à la reconnaître dans ses formes les plus frustes.

M. Siems. — A la période d'artério-sclérose, les troubles viscéraux sont intermittents et ne se produisent qu'à l'occasion d'un surmenage. C'est M. Grasset, de Montpellier, qui a eu le premier le mérite d'introduire le terme de *claudication* intermittente, après avoir observé ce phénomène sur les vieux chevaux athéromateux (athérome de l'*aorte post*) qui se mettent à boîter à l'occasion d'un excès de travail : mal irrigués, les muscles se contractent mal.

Chez l'homme, à côté de la claudication intermittente des membres, il existe aussi une claudication intermittente des organes, sorte d'asystolie fugace, se traduisant par l'obnubilation cérébrale par des accidents légers d'urémie avec nuage d'albumine.

M. Hirschberg. – Il est d'usage de rapporter à Charcot la priorité de l'expression « claudication intermittente », phénomène que Erb en Allemagne, a désigné sous le terme plus scientifique de « dyskinesia angiospastica ». Mais il est possible que Grasset ait observé le premier ce symptôme chez l'homme.

M. Stapfer. — J'ai vu avec intérêt que M. Hirschberg fait à ses malades artério-scléreux un massage centrifuge, c'est-à-dire de la racine à l'extrémité du membre. C'est un procédé que j'emploie, avec les Suédois, sous le nom de *roulement musculaire*, et qui a des effets sédatifs puissants. Il faut savoir que ce massage peut être centripète tout en débutant par la racine du membre. Cela dépend de la façon dont il est pratiqué.

Education de l'acte respiratoire.

M. Siems. — Permettez-moi de revenir sur la question de la respiration nasale, dont la discussion été ébauchée à la 1re séance de kinésithérapie du Congrès. L'heure étant très avancée, on s'est séparé sans décider si l'expiration doit être *nasale* ou *buccale* comme le veulent certains manuels de gymnastique et d'éducation physique. Je le fais d'autant plus volontiers que j'aperçois ici les confrères Thooris et Philippe qui ont pris part à la discussion. Voici quelle est mon opinion sur la question.

L'expiration doit être rigoureusement nasale comme l'inspiration, et l'éducation de la respiration nasale doit justement tendre vers ce type physiologique : inspiration et expé-

ration nasales. Il suffit de se rappeler l'action du masque de Khen. Le distingué assistant du Prof. Leyden, de Berlin, voulant pratiquer la méthode de Bier dans les affections pulmonaires, a imaginé ce masque qui permet une *inspiration nasale* et oblige à l'expiration buccale et a démontré que par ce mode respiratoire on détermine une *stase sanguine*. D'autre part, l'inspiration nasale est lente et complète, tandis que l'expiration buccale est brève et détermine une déplétion pulmonaire incomplète et par suite des stases. L'expiration doit physiologiquement être passive. Or, ceci n'est possible que lorsqu'elle est entièrement nasale. Dans l'expiration buccale, la colonne d'air sortante a à lutter contre le voile du palais qui se relève et contre le courant d'air extérieur qui pénètre par la bouche, la musculature thoracique est forcée d'intervenir pour comprimer le soufflet thoracique. Faut-il, pour terminer, rappeler que si l'air inspiré emprunte, en passant par le nez, de l'humidité, il en abandonne à sa sortie par les fosses nasales et, quoique normalement, la pituitaire est suffisamment lubrifiée pour fournir de l'eau à l'air qui pénètre, il n'est pas démontré qu'elle ne souffrirait pas si l'air sortant ne devait pas restituer une certaine quantité d'eau empruntée. Je laisse de côté d'autres arguments basés sur l'anatomie comparée et conclus que la respiration dans ses deux temps doit être nasale.

M. Thooris. — A propos de l'acte respiratoire, la notion de tension abdominale est à la base de tout le mécanisme thoracique : « le thorax s'en va parce que le ventre s'écroule ».

Les mouvements méthodiques de l'enveloppe abdominale sont le plus sûr moyen de rééducation respiratoire.

Faire, de ventres de grenouilles, des ventres de limiers, là est le but à poursuivre en milieu scolaire et je voudrais que les médecins scolaires s'y employassent dans les écoles. La déchéance de la race n'est pas douteuse et ses deux manifestations sont une statique viscérale et une cinématique respiratoire défectueuses.

Les mouvements synergiques centripètes de l'enveloppe abdominale ont pour résultat de produire une diminution minime du ventre et une ampliation maxima du thorax à tous ses niveaux. Il est plus que temps de lutter contre la respiration dans le sens de la pesanteur, du moindre effort et du déclin.

Dr Lanel. — L'inspiration est un travail musculaire, tandis que l'expiration se produit automatiquement par la seule élasticité pulmonaire.

M. Kouindjy. — La respiration par le nez est celle qui répond le mieux à la physiologie de la respiration en général. D'ailleurs, dans les Sociétés de gymnastique, lorsqu'on ap-

prend aux enfants à participer aux courses à pied, on leur apprend toujours à se servir du mouchoir ; car, comme vous le savez, les coureurs à pied mettent toujours un mouchoir entres les dents, et, permettez-moi l'expression, bouchent ainsi leur bouche, pendant la course. Il est certain que la respiration se produit ici uniquement par le nez, ce qui permet aux coureurs de donner le maximum de la résistance exigée par l'accélération de la respiration pendant la course.

Cet exemple suffit, il me semble, pour démontrer que la véritable méthode de la gymnastique respiratoire appliquée aux enfants doit être celle qui leur impose d'inspirer et d'expirer uniquement par le nez, Les brahmanistes savaient déjà cela, et dans leur gymnastique respiratoire ils exigent qu'on apprenne aux malades à inspirer et à expirer par le nez ; ils n'ont recours à l'expiration par la bouche que lorsque le moyen précédent est difficile à obtenir. En tout cas, dans leur méthode, qui remonte à 1000 ans avant J.-C., la respiration par le nez tient la place prépondérante. Actuellement, nous savons, grâce à la physiologie, que lorsque quelqu'un respire par la bouche uniquement, c'est qu'il a des cavités nasales malades; pour que la respiration soit normale et bien exécutée, il faut faire l'inspiration et l'expiration par le nez, et le manuel qui recommande le contraire doit être considéré comme défectueux et opposé à la vérité.

M. Philippe. — Le texte incriminé est le suivant :

« On portera une grande attention sur la respiration, qui « devra être autant que possible profonde et large, même au « cours d'exercices violents, tels que la course de résistance.

« L'inspiration et l'expiration se feront de préférence par « le nez. Pendant les exercices d'une certaine durée, comme « la course, on apprendra aux élèves à respirer pour éviter « l'essoufflement et les troubles de la circulation. »

Ce texte n'est pas physiologiquement parfait, mais il faut tenir compte des inconvénients qu'il y aurait à dire au professeur d'éducation physique (qui n'est pas un médecin) d'obliger toujours *tous* les enfants à inspirer et *expirer* par le nez, dans la course, dans la natation, etc. Il y a parfois nécessité à expirer par la bouche, même si l'enfant est normal.

M. Wetterwald. — Pour éviter un enseignement uniforme, physiologique, mais inapplicable en pratique, on a recours à une cote mal taillée. Ce n'est pas résoudre la difficulté. La solution, c'est de confier l'éducation physique (ou plutôt physiologique) aux médecins.

M. Kouindjy. — Avec l'état de choses actuel, on aboutira à confier aux professeurs de gymnastique l'examen des fosses nasales et du cavum des enfants qui respirent mal !

M. Gendron. — A moins qu'on attende l'existence de déformations costo-vertébrales pour songer à envoyer l'enfant au rhinologiste.

M. Le Président. — La discussion étant close et l'ordre du jour épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire général,
Dr Wetterwald.

Séance du 13 mai 1910.

Présidence de M. Hirschberg.

Présents : Mme Sosnowka, MM. Bralant, Hirschberg, Kouindjy, Lanel, Le Roux, Leroy, Mesnard (René), Rosenthal, Stapfer, Tchudnowski, Wetterwald.

Excusés : MM. Charbonnier, Joly, Rousseau.

I° Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

II° La correspondance comprend des lettres d'excuses des Drs Rousseau Charbonnier, Joly.

III° Le Dr Mesnard présente la candidature du Dr Rochu-Méry : le Dr Rochu-Méry travaille actuellement avec le Dr Janet, à la Salpêtrière, où il s'occupe de psychothérapie et de physiothérapie. Il a fait au dernier Congrès une communication sur l'association de ces deux méthodes.

Dr Kouindjy. — Je connais le Dr Rochu-Méry. J'ai analysé son travail sur les *délires pendant la mélancolie* et j'appuie très chaleureusement sa candidature.

Le vote au sujet de cette candidaturé est reporté selon l'usage à la fin de la séance.

IV° Dr Stapfer. *Le Congrès de physiothérapie de 1910 et les congrès futurs*

Après une discussion sur les observations de M. Stapfer, à laquelle ont pris part MM. Kouindjy, Lanel, Mesnard, Rosenthal et Stapfer, M. Lanel propose le vœu suivant qui sera discuté à nouveau à la prochaine séance :

La Société de kinésithérapie émet le vœu pour les congrès scientifiques à venir :

1° Que les décisions à prendre par le Congrès soient soumises préalablement et en temps opportun aux membres participants, et non votées *ex abrupto* ;

2° Que le comité d'organisation, où les praticiens auraient une part proportionnelle, soit élu par les membres du Congrès, et non pas choisis par un comité fermé ;

3° Que les Sociétés savantes intéressées soient consultées à l'avance pour l'organisation impartiale de leurs sections et le choix des ordres du jour.

4° Que pour le IVe congrès international de physiothérapie en particulier, il soit adjoint aux secrétaires des diverses sections une commission consultative prise dans les diverses sociétés.

V° *IIIe Congrès de physiothérapie des médecins de langue française. Choix des rapports et des rapporteurs.*

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre du Dr Laquerrière mentionnant les questions suivantes proposées à la réunion du comité d'organisation :

Constipation. Entérocolite muco-membraneuse. Eczéma. Lupus vulgaire.

Fibromes utérins. Aménorrhée. Hémorragies de la ménopause.

Scoliose.

Sciatique.

Pied plat douloureux.

Obésité

Après discussion, laSociété de kinésithérapie a décidé de proposer en première ligne :

Entérocolite muco-membraneuse. Rapporteur : Dr Lanel.
Sciatique. Rapporteurs : Drs Kouindjy et Wetterwald.
Fibromes utérins. Rapporteur : Dr Bralant.
Tarsalgie. Rapporteur : Dr René Mesnard.

En 2e ligne :

Emphysème. Rapporteur : Dr Rosenthal.
Eczéma. Rapporteur : Dr Raoul Leroy.

La Société est d'avis de maintenir le titre : Congrès de physiothérapie, en ajoutant en sous-titre toutes les branches de la Physiothérapie par ordre alphabétique.

Le Dr Wetterwald, secrétaire général de la Société de Kinésithérapie, est nommé secrétaire adjoint du Congrès.

VI° Le Dr Rochu-Méry est élu à l'unanimité membre titulaire de la Société de kinésithérapie.

L'ordre du jour étant épuisé,la séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
Dr Wetterwald.

Le secrétaire des séances,
Dr Raoul Leroy.

Séance du 10 juin 1910.

Présidence de M. Stapfer.

Présents : Mlle Dylion, MM. Dausset, Kouindjy, Leroy (Raoul), Mesnard (René), Rochu-Mery, Rosenblith, Stapfer, Wetterwald.

Excusés : Mme Sosnowska, MM. Bralant, Charbonnier, Hisrchberg, Joly, Le Roux, Rosenthal, Rousseau.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

La correspondance comprend :

1° Des lettres d'excuses de Mme Sosnowska, de MM. Hirschberg, Joly, Rousseau.

2° Une lettre d'un confrère d'Aix-les-Bains, demandant des renseignements sur le fonctionnement de la Société de Kinésithérapie.

3° Une lettre de remerciements du Dr Rochu-Méry, élu récemment membre tituaire de la Société.

4° Une lettre de M. Maurice Faure, de Lamalou, donnant sa démission de membre titulaire de la Société. Le Secrétaire général est chargé de faire à cette lettre la réponse qu'il convient.

Du choix des exercices en orthopédie verthébrale,

Par le docteur René Mesnard

Dans le travail que j'ai présenté récemment au 3e Congrès international de physiothérapie, je citais des cas dans lesquels la kinésithérapie, tout en étant nécessaire au traitement de la scoliose, me paraissait insuffisante à amener à elle seule la guérison ou même une amélioration sérieuse.

Je voudrais aujourdhui, à l'appui de cette opinion, vous présenter quelques photographies.

Voici d'abord comment elles ont été prises :

Le sujet nu est photographié en pied, de dos, les talons joints et les jambes tendues de façon à éviter la position hanchée ; on laisse prendre au buste son atti-

tude habituelle sans demander au malade ni effort ni raideur. Un fil à plomb est suspendu à 20 centimètres environ en arrière du sujet de sorte que le plomb vienne se projeter sur la plaque sensible entre les deux talons.

On peut juger ainsi au premier coup d'œil de l'aplomb général du corps et évaluer l'importance du déjettement latéral, ce que je considère comme très important pour le pronostic.

C'est, je crois, la façon la plus simple de photographier une scoliose de façon à obtenir à diverses périodes de la maladie des documents comparables.

Les sujets représentés par ces photographies ont pris respectivement 86, 174, 214 et 162 séances de gymnastique suédoise sous la direction d'une monitrice suédoise avec adjonction de massage. L'une de ces malades, de plus, a été soumise en 1909, pendant plusieurs mois, à la mécanothérapie et deux autres ont eu en même temps un corset de maintien en coutil avec tuteurs latéraux en acier.

Vous pouvez juger par vous-mêmes sur ces photographies, prises tout récemment à la suite du dit traitement. du peu d'influence qu'il paraît avoir exercé.

Si même je m'en rapporte au dire de personnes de l'entourage, il semble qu'il y aurait eu aggravation manifeste. Je ne saurais l'affirmer, n'ayant pas malheureusement le document photographique initial pour pouvoir comparer, mais cela ne m'étonnerait pas autrement.

J'ai cité, au cours de travaux antérieurs, des cas de scoliose nettement aggravée par un traitement kinésithérapique mal appliqué, et le fait n'est pas très rare.

D'ailleurs, pour qui suit les travaux parus depuis quelques années sur la scoliose, il apparaît nettement que ces faits d'aggravation ont été remarqués de différents côtés par les orthopédistes tant en France qu'à l'étranger. Schanz (de Dresde), Denucé, Ombrédanne et le regretté Lagrange en ont cité des cas.

L'évolution me paraît même tellement nette que je crains déjà de voir la réaction trop violente d'ici peu

contre la gymnastique. Après l'avoir jugée bonne à redresser toutes les scolioses, je crains fort qu'on en arrive à la juger bonne à rien. Ce serait à coup sûr un excès fâcheux, car je considère que si la kinésithérapie peut être parfois dangereuse à manier, elle est toujours utile dans la scoliose, le tout est de savoir l'employer.

Il est certain par exemple, comme le montrait récemment M. Ombrédanne à la Société de Pédiatrie, que les flexions du tronc en avant augmentent la torsion d'une scoliose qui présente des vertèbres cunéiformes.

Le fait est d'ailleurs mis à profit d'une façon courante dans l'examen d'une scoliose pour rendre plus évidente la déformation.

On devra donc savoir éviter dans certaines scolioses ces mouvements de flexion dont on abuse parfois sous prétexte d'assouplissement du rachis.

Si toutefois pour une raison quelconque la flexion du tronc paraît utile, on peut chez les scolioses souples, la faire exécuter, avec l'appui effectif des mains aux hanches tel que je l'ai décrit précédemment et alors le mouvement sera sans influence sur la torsion.

Il est une autre catégorie de mouvements dont l'influence m'a paru plus d'une fois nuisible dans les scolioses et d'autant plus nuisible que celles-ci sont plus souples.

Ce sont tous les mouvements qui emploient l'élévation des bras. Que ceux-ci soient élevés au-dessus de la tête, comme dans certains exercices respiratoires, ou repliés comme dans l'attitude « mains à la nuque », il y a dans tous les cas une *surcharge* dont l'effet se fait immédiatement sentir sur la colonne vertébrale.

Il est d'ailleurs facile de s'en rendre compte sur une scoliose souple présentant un pli marqué au creux de la taille ; on voit aussitôt en pareil cas le pli s'accentuer très nettement.

Aussi ai-je renoncé en pareil cas à employer en position debout les exercices respiratoires accompagnés de déplacement des bras en hauteur ; j'emploie là encore la position « mains aux hanches », avec appui

effectif, ce qui soulage, au lieu de l'augmenter, la charge du rachis.

Ce n'est point à dire que j'aie renoncé à tous les exercices de bras, qui ont parfois une grande utilité.

La contraction des rhomboïdes avec mains à la poitrine et coudes en arrière est un très bon exercice contre certains décollements des omoplates. Or, si l'on veut éviter la surcharge qu'il produit en position debout, rien n'empêche de le pratiquer en décubitus ventral.

On peut ainsi en usant largement du décubitus soit dorsal, soit ventral, soit même latéral, donner aux bras toutes attitudes jugées nécessaires sans craindre la surcharge de la colonne vertébrale.

Il est encore un autre exercice classique dans la méthode suédoise dont j'ai appris à me méfier.

Je veux parler du redressement du tronc en arrière en décubitus ventral avec position des mains soit dans le dos, soit aux hanches, soit à la nuque, suivant la difficulté qu'on veut donner à l'exercice.

J'ai constaté que la flexion du rachis en arrière qui se produit en pareil cas consiste le plus souvent en une cassure lombaire très accentuée, alors que la partie cervico-dorsale de l'épine dorsale n'est presque pas intéressée par cette flexion. Chez les enfants, et ils sont nombreux qui ont déjà un peu de lordose on risque fort de l'exagérer si cet exercice est employé sans une surveillance très attentive. Je préfère en pareil cas remplacer cet exercice par le redressement actif du tronc préalablement incliné en position debout ; l'appui est donné en avant au niveau du bassin soit par la bomme, soit par une lanière que tient l'opérateur tandis que de la main droite appuyée sur le dos du sujet il gradue la résistance. On obtient ainsi les mêmes effets au point de vue de l'exercice des muscles dorso-lombaires et l'exagération de l'ensellure n'est point à redouter.

Ce sont là assurément de petits points de détail, mais plus on s'occupe de kinésithérapie orthopédique, plus on s'aperçoit que la précision dans le mouvement est

chose indispensable et que les résultats souvent en dépendent.

J'aurais voulu à l'appui de ces quelques faits de mon observation personnelle vous apporter des preuves photographiques, le temps m'en a manqué, mais j'espère pouvoir le faire bientôt.

Discussion

M. Kcuindjy. — Je partage l'opinion de Mesnard en ee qui coneerne l'abus qu'on a fait d'employer uniquement la gymnastique suédoise comme moyen thérapeutique des seolioses. Dans une seoliose au début, la gymnastique peut rendre un grand serviee et arriver même à guérir la déviation. Mais, chez les scoliotiques un peu avaneés, la gymnastique seule est sinon nuisible, du moins inutile. J'ai l'habitude d'utiliser la gymnastique en me guidant par le principe de différeneiation de la tonieité musculaire de deux groupes des muscles dorsaux, que j'ai déjà exposé au Congrès de Liége et, tout réeemment, au Congrès international de Paris. De deux groupes museulaires du dos, j'ai l'habitude de masser les muscles de la convexité comme étant à l'état d'hypotonie. Pour la gymnastique, je suis la même conduite, je fais faire à l'enfant les exereiees avee le bras qui correspond à la convexité. Quand la scoliose est avec une convexité droite, c'est le bras droit qui marche, et *vice versa*. Si je fais travailler les deux bras, avee des engins, j'ai soin d'augmenter le poids de l'engin qui se trouve dans la main du bras du eôté de la convexité. Les exereiees ont ici pour but d'entraîner l'aetivité des muscles en hypotonie. C'est tout ee que je fais comme gymnastique.

Je n'emploie aucun exercice de flexion du eorps, ni des exereiees en position dorsale ou ventrale. Je trouve ces exercices en position dorsale ou ventrale de peu d'importance et tous ceux qui se figurent faire bonne thérapeutique en limitant leur traitement de la scoliose par des mouvements du eorps, quand l'enfant est couché sur le dos ou sur le ventre, font fausse route, car le véritable traitement des seoliotiques sans torsion du thorax n'est autre que le redressement forcé, manuel ou mécanique. Pour ma part, je suis ici les préeeptes de mon maître, le prof. Hoffa qui traitait ses scoliotiques, en dehors de la gymnastique, par le massage et par le redressement forcé. Il faut pousser la courbure tant que la colonne vertébrale redevienne droite ou à peu près. Que vous la poussiez avec la main ou avec les appareils, le but est le même : redresser la déviation en fortifiant l'appareil musculaire qui la soutient. Si, par contre, vous ne

suivez pas les principes de la gymnastique méthodique, ainsi que les règles du massage méthodique, vous vous trouverez dans une fausse attitude, car vous fortifierez inégalement les muscles du dos dévié et votre gymnastique deviendra même nuisible.

Dans la scoliose avec torsion, le redressement et la gymnastique rendent un service relatif, et le corset, plâtré ou autre, forme la base du traitement.

De ce qui précède, il ne résulte point que la kinésithérapie des scoliotiques devient inutile. La tendance de rendre la kinésithérapie fautive des méfaits de la gymnastique suédoise doit être mise en échec dès maintenant et nous pouvons affirmer que si la gymnastique suédoise, employée d'une façon exclusive comme agent thérapeutique chez les scoliotiques, est plus qu'inutile, la *kinésithérapie, sous forme du redressement forcé et progressif combiné avec le massage méthodique et la gymnastique méthodique, reste le traitement de choix d'un grand nombre de scolioses*, surtout dans ses deux premières formes. Il est souvent utile d'ajouter des mouvements de la gymnastique respiratoire et des exercices de la rééducation, dont le but serait de corriger les attitudes vicieuses de l'enfant pendant l'écriture, le manger, la marche, etc

J'ai un mot à ajouter à propos du fil de plomb, que Mesnard emploie comme ligne de repère pour rendre mieux le graphique de la déviation. C'est une excellente idée et je l'ai déjà employé lors des études que j'ai faites à propos de la supériorité, au point de vue hygiénique, de l'écriture inclinée sur l'écriture droite. Seulement, j'ai appliqué mon fil à plomb au moyen d'une cravate sur l'apophyse de la septième cervicale. De cette façon, mon plomb suivait tous les mouvements au corps et rendait plus caractéristique le moindre déplacement du vertex.

Je signale cette disposition à tous ceux qui s'intéressent aux moyens de mensurer la déviation de la colonne vertébrale, car, à vrai dire, de tous les moyens dont nous disposons actuellement pour rendre plus saillante la déviation, aucun ne m'a donné satisfaction. Le fil à plomb appliqué sur la 7e cervicale ou comme le dispose M. Mesnard me paraît le moyen le plus rationnel.

Dr Rosenblith. — On a un peu abusé de la gymnastique, en la décorant de l'épithète de *suédoise*. Je crois qu'en gynécologie, en particulier, on peut se passer de la plupart des mouvements employés par Brandt. J'ai traité jadis avec succès des affections gynécologiques par le massage seul, associé à quelques exercices de jambes.

Dr Wetterwald. — Quels sont les exercices que le Dr Rosenblith associait au massage ?

Dr Rosenblith. — La rotation des cuisses, dans le but d'activer la circulation abdominale, et quelques mouvements analogues.

Dr Stapfer. — Nous attendons avec impatience la suite que M. Mesnard nous promet à son intéressante et instructive communication, et nous pourrons alors continuer la discussion.

La communication du Dr Rosenthal : *Déformations thoraciques des pleurétiques et exercices respiratoires*, est remise à une séance ultérieure.

IIIe Congrès de Physiothérapie des médecins de Langue française ; choix des rapports et des rapporteurs.

Dr Wetterwald. — Vous savez que parmi les sujets proposés par le Comité d'organisation, nous avions indiqué en première ligne : *entéro-colite*, *fibromes utérins*, *pied plat douloureux*, *sciatiques*. Après discussion et entente avec les représentants des autres spécialités, on a finalement retenu les titres suivants :

Entéro-colite muco-membraneuse (rapporteur pour la kinésithérapie : Dr Lanel).

Fibromes utérins (Dr Bralant).

Pied plat douloureux (Dr René Mesnard).

Syringomyélite (Dr Kouindjy).

Outre les sujets de rapports officiels, le Comité a retenu un certain nombre de *thèmes*, sur lequels les membres du Congrès pourront apporter des communications. Mais tout travail sur un autre sujet sera, comme toujours, accepté.

Voici ces thèmes :

Sciatiques ;

Hypertrophie de la prostate ;

Lupus vulgaire ;

Hémorragies de la ménopause.

Au Congrès sera adjointe une *exposition de travaux personnels*, à laquelle vous êtes invités à participer (planches, schémas, photographies, travaux divers, appareils).

Les futurs congrès de Physiothérapie (discussion du vœu Lanel-Stapfer).

Cette discussion est remise à la séance de décembre.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
Dr Wetterwald.

Le secrétaire des séances,
M. Dr Raoul Leroy.

Séance du 14 octobre 1910

Présidence de M. le Dr Hirschberg, *président.*

Présents : MM. Dausset, Hirschberg, Kouindjy, Lanel, René Mesnard, Rousseau, Rosenthal, Wetterwald.

Excusés : Mme Sosnowska, M. Raoul Leroy.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

MM. Kouindjy et Wetterwald présentent les demandes d'admission de MM. Serena et Sandoz. M. le Dr Mario Serena, professeur de Thérapie physique à l'Université de Rôme, a publié, entre autres travaux, un ouvrage sur *les cures physiques des névralgies* (le cure fisische delle nevralgie, 1909).

M. le Dr Fernand Sandoz, après un voyage d'études médicales en pays allemands (voyage qui a duré 18 mois), a résumé le fruit de ses recherches dans une thèse qu'il a intitulée : *Introduction à la thérapeutique naturiste par les agents physiques et diététiques.* (Paris, Steinheil, 1907). Le Dr Sandoz a pris récemment la direction de l'Institut Zander de Paris.

Le vote sur les candidatures est renvoyé à fin de séance, conformément aux statuts.

La parole est au Dr G. Rosenthal pour sa communication sur

Nouvelle démonstration de l'action trophique de l'exercice physiologique de respiration dans le traitement de la pleuro-tuberculose (*Communication faite à la séance du 14 octobre 1910*).

Par le Dr Georges Rosenthal.

Dans une série de recherches antérieures, nous avons établi que l'exercice physiologique de respiration, appliqué selon des règles précises, pouvait, au cours des pleurésies sérofibrineuses, avoir une action trophique des plus importantes. Nous avons démontré cette action par

des observations précises prises à l'hôpital Saint-Antoine et que l'on trouvera consignées dans différentes publications (*Archives générales de médecine*, janvier 1909, *Société médicale des Hôpitaux*, 18 nov. 1904, 27 janvier 1905, 28 mai 1909 ; *Société de Médecine de Paris*, 29 mai 1909, *Bulletin général de Thérapeutique*, 23 mai 1910, etc.). L'effet de l'exercice physiologique de respiration peut se schématiser dans la proposition suivante :

Le retour des fonctions normales du poumon dans la convalescence de la pleurotuberculose et, sous certaines réserves, au cours même de la pleurésie, provoque une diurèse abondante avec déchloruration, un arrêt de l'amaigrissement suivi d'une reprise en poids, une amélioration des signes stethoscopiques, s'oppose aux scléroses consécutives aux congestions chroniques par atélectasie de la base en rétablissant le jeu puissant, très important, mais non exclusivement important, du diaphragme.

Nous trouvons une nouvelle confirmation de ces faits nouveaux dans l'observation que nous communiquons ce soir :

La voici :

Pleuro-tuberculose secondaire cachectisante. Etat stationnaire du poids. Reprise rapide de la nutrition au commandement sans modification du régime.

Le nommé Gaston F., homme d'équipe, âgé de 26 ans, entre, le 5 octobre, salle Behier, à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. le Prof. Hayem, pour une affection fébrile des voies respiratoires.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels, sauf une hydrocèle à l'âge de 19 ans.

Le 28 août 1910, la maladie actuelle s'installe par un début insidieux, où les troubles digestifs légers (nausées, constipation) s'ajoutent aux signes fonctionnels peu marqués de l'appareil respiratoire.

Le 5 septembre, l'état s'aggrave et le malade entre à l'hôpital.

A l'examen du 6, on constate :

1° A la base gauche, le syndrome pleurétique complet avec refoulement du cœur sous le sternum ; matité de l'espace de Traube, donnant l'indication d'une thoracentèse d'urgence ;

2° Au sommet gauche en avant et en arrière, des signes

d'induration pulmonaire, matité, exagération des vibrations, inspiration dure et rude, retentissement de la toux et de la voix. La matité du sommet se confond en arrière avec la matité de l'épanchement dont la différencie la variation inverse des vibrations.

3° Au sommet droit, en avant et en arrière ; une formule analogue P — R — Vib. + voix et toux + ; c'est-à-dire matité, diminution du murmure vésiculaire ,exagération des vibrations, retentissement de la parole et de la toux.

La thoracentèse faite d'urgence retire 2 litres de liquide sérofibrineux à formule lymphocytaire. T = 38, matin ; 38°5, soir.

Du 5 au 17 septembre, la température s'abaisse ; car, après avoir présenté des oscillations marquées (38 à 39°8 le 7 et le 8 sept.), elle arrive à être comprise entre 37 et 38, le 16.

L'épanchement ne s'est pas reproduit. Le malade se contente d'une régime formé de 2 litres de lait sucré et 50 gr. de viande crue, soit 2000 calories, ce qui, chez un malade qui digère bien et n'a jamais pesé plus de 65 kilogs, donne un régime suffisant (33 calories par kilog).

Le 10 septembre, la mensuration faite avec notre centimètre symétrique a donné :

Périmètre subomo sus-mammaire	41 c. 40 c. — 41 c. 40 c.
Périmètre xiphoïdien...........	40 c. 40 c. — 40 c. 40 c.

Nous rappelons que nos deux premiers chiffres se rapportent à l'expiration, les deux derniers à l'inspiration et que le chiffre du côté droit est toujours énoncé avant celui de gauche. Il y a donc insuffisance respiratoire thoracique absolue.

Le 17 septembre, le poids est de 58 k. 300 ; la pression artérielle est à 14° On augmente la ration de 50 gr. de viande crue, et on fait au malade une série d'injections de cacodylate de soude.

Le 21 sept., poids : 58 k. 300. La viande crue est portée à 150 gr. ; elle sera donnée saupoudrée de pancréatine.

Le 27 sept., le poids reste à 58 k. 300 ; la pression artérielle à 14. Sur la demande de nos camarades du service, nous faisons exécuter au malade dix respirations nasales en décubitus dorsal, le bras gauche replié au-devant de la poitrine, la main gauche à l'épaule droite. Même exercice les 27, 28, 29 et 30.

Le 30 *septembre,* le poids a passé de 58 k. 300 à 61 k. 300 ; la pression artérielle de 14 c., à 16 c ;

La mensuration donne :

Périmètre subomo-maxillaire 41 c. 41 c. — 43 c. 43 c., soit + 4 centim.

Périmètre xyphoïdien 41 c. 41 c. — 42 c. 42 c., soit + 2 centimètres.

La température oscille encore entre 37° et 38°. Le cacodylate avait été suspendu.

Cettre transformation locale et générale s'accompagne d'une certaine régression dans les signes d'induration des sommets ;

Le 8 octobre, le poids atteint 61 k. 800. Nous faisons alors au malade, chaque matin :

10 respirations nasales en décubitus dorsal, bras en sautoir.

10 respirations diaphragmatiques (1).

Le malade est mis au régime des convalescents.

Le 15 octobre 1910, le poids atteint 62 k. 800 et le malade se sent tellement vaillant que, contre notre avis, il quitte l'hôpital dans l'après-midi.

Ainsi donc, sans modifier le régime qui est soigneusement noté, il a suffi de 30 respirations pour déclancher la vitalité de l'organisme infecté. C'est qu'il s'agit non d'un gavage d'oxygène, mais d'un retour à la fonction, d'une éducation ou d'une rééducation respiratoire; le terme importe peu. C'est que la correction de l'erreur physiologique entretient notre *réflexe nasobronchique d'eupnée*, complément du réflexe nasobronchique de défense de François Frank. C'est que les 18000 respirations de la journée, gardent, entretiennent, développent le bénéfice acquis.

De ce que à l'hôpital Saint-Antoine, dans la salle commune, sans aération et sans amélioration du régime, un tel résultat ait été obtenu, il ne s'ensuit pas que nous soyons opposé à la cure d'air ou à la diététique. Nos mauvaises conditions créent la rigueur de l'expérience, elles ne nous semblent pas indispensables ! Mais les résultats seront d'autant meilleurs que le traitement physiologique s'alliera, selon notre pratique, à toutes les autres médications.

Encore un mot qu'il nous faut répéter, pour éviter certaines surenchères. L'exercice physiologique de respiration (*Société de Médecine*, 1910), n'étant pas un vaccin, ne garantit son résultat que si le malade continue à être

(1) Ce sont des respirations où le malade gonfle la paroi abdominale pendant l'inspiration. On facilite le jeu du diaphragme, comme nous l'avons montré depuis 1903, en exerçant une légère pression épigastrique.

l'objet d'une surveillance respiratoire. Le mauvais pas est franchi ; mais l'individu peut,si le syndrome de l'insuffisance respiratoire réapparaît, avoir une rechute.Il faut donc qu'il garde par la surveillance respiratoire,une respiration nasale suffisante et complète.

Discussion.

Dr Lanel. — On peut tirer cette déduction pratique de la communication du Dr Rosenthal : que sa méthode de rééducation de l'acte physiologique respiratoire tend à prévenir ce qu'on pourrait nommer les « gaz morts » par analogie avec les « eaux mortes », les mares.

Dans la thérapeutique de la pleurésie et de ses suites,il ne faut pas oublier le retentissement, sur le cœur, de l'épanchement, de l'inflammation de la séreuse, et aussi des exercices gymnastiques.

Dr Dausset. — Que deviennent, par la rééducation respiratoire, les périmètres thoraciques ?

Dr Kouindjy. — Que deviennent,de leur côté, les scolioses, les déformations thoraciques ? et pourquoi M. Rosenthal se sert-il du mot « rééducation » ?

Dr R. Mesnard. — Ne confondons pas *scolioses* et *attitudes scoliotiques* : si ces dernières sont heureusement influencées par la correction de la station et par la gymnastique respiratoire, les autres exigent l'emploi d'une thérapeutique spéciale.

Dr Rosenthal. — J'ai dans mes recherches générales et par mes observations précisé « l'évolution » du périmètre thoracique au cours du traitement par l'exercice physiologique de respiration. Dès le début, le périmètre diminue ; cette diminution initiale du périmètre étant due à une expiration plus complète, à un meilleur mécanisme de l'abaissement latéral des côtes. En même temps l'incursion respiratoire,c'est-à-dire la différence entre le périmètre d'inspiration et celui d'expiration s'accroît, ce que permet de constater le *centimètre symétrique.* Ce n'est qu'après plusieurs semaines qu'à cette amélioration fonctionnelle s'ajoute un développement anatomique de la poitrine qui varie avec les différents cas observés. Diminution initiale du périmètre avec meilleure incursion respiratoire, augmentation secondaire anatomique du thorax, voilà les lois cliniques de l'évolution du périmètre.

Pour ce qui concerne les déformations thoraciques, suites de pleurésies, j'estime que la gymnastique respiratoire doit

occuper la première place ; les autres méthodes trouvent ensuite leur application. Mais il faut parer au danger le plus pressant.

Je me suis servi du mot *rééducation* après plusieurs essais au sujet desquels on m'a cherché chicane. J'estime que le terme rend bien ce qu'il veut dire, car l'enfant, à sa naissance, respire bien ; plus tard, on néglige de corriger sa fonction respiratoire qu'il a modifiée par suite de causes diverses, de sorte qu'il faut la rééduquer.

***

Le Dr Wetterwald appelle l'attention de ses collègues sur la façon dont les empiriques tournent la loi dans les cas d'accidents du travail. L'article 16 de la loi du 12 novembre 1892 n'étant pas applicable aux personnes agissant comme *aides d'un docteur placés par lui auprès d'un malade,* ces thérapeutes improvisés sollicitent l'assistance complaisante d'un médecin, qui signe leurs notes d'honoraires, au paiement desquelles il prend, paraît-il, un vif *intérêt.*

Indépendamment des autres considérations qui s'appliquent à de pareilles manœuvres, il est utile de rappeler aux confrères qui prêtent ainsi leur concours aux empiriques (il ne s'agit pas ici des médecins qui emploient des aides sous leur surveillance, direction et responsabilité effectives) qu'ils s'exposent à des poursuites judiciaires (par. 3 de l'art. 16).



L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire général,
WETTERWALD.

Séance du 11 novembre 1910.

Présidence de M. le Dr HIRSCHBERG, *Président.*

Présents : MM. Bralant, Durey, Mme Dylion, MM. Hirschberg, Lanel, Le Roux, Leroy (Raoul), Mesnard (René), Rochu-Méry, Rousseau (Paul), Mme Sosnowska, MM. Stapfer et Wetterwald.

Excusés : MM. Charbonnier, Joly, Kouindjy, Rosenthal et Tchudnowski.

Le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de remerciements de M. le Dr Serena, élu membre de la Société de Kinésithérapie à la séance d'octobre 1910.

La parole est au Dr LANEL pour sa communication :

Un des côtés de la lutte contre les varices. Nécessité d'une bonne statique abdominale. La ceinture-jarretelle.

On n'a pas assez insisté, à mon avis, sur l'association fréquente des *troubles de la statique abdominale* et de la *gêne de la circulation des veines cave, iliaques et du membre inférieur.* Ils retentissent l'un sur l'autre ; c'est un échange de mauvais procédés.

Cela vaut la peine d'entrer dans quelques détails.

Si nous nous reportons aux expériences de Delbet (*Sem. méd.*, oct. 1897), nous voyons que la saphène interne d'un variqueux ayant été sectionnée, et chacun des bouts mis en relation avec un manomètre à mercure, le malade couché et immobile, la pression mercurielle dans le segment *cardiaque* est de 16 millimètres. Elle est de 30 mm. dans le segment *périphérique.* Pourquoi cette différence? C'est que le bout inférieur est soustrait ici à l'action de l'*aspiration abdominale et thoracique*, laquelle s'exerce au contraire sur le bout supérieur.

Au moment de l'inspiration, le diaphragme s'abaisse et 2 faits se produisent. En haut, la cage est agrandie, il y a une pression négative intra-pleurale (évaluée à 0 m. 010 de Hg). et pulmonaire (de 0 m. 001 Hg) et une diminution de la pression intra-cardiaque, d'où l'*aspiration thoracique*. En bas, les viscères abdominaux sont refoulés et comprimés. Le sang noir qu'ils renferment, sang dont la masse est importante, est exprimé en quelque sorte et s'échappe vers la partie supérieure. A ce moment c'est surtout le sang veineux des organes digestifs qui va au cœur.

Pendant l'expiration le diaphragme remonte. La pression intrapleurale est encore négative (— 0,005 Hg), mais la pression intra-pulmonaire varie de + 2 m. m. (expiration tranquille) à + 20 mm. (chant), même à + 60 mm. (gros effort expiratoire). Le cœur est donc en masse comprimé. Le cœur gauche, à parois épaisses, résiste bien à cette pression extra-vasculaire ; mais le cœur droit et les caves, dont les parois sont minces, sont plus influencés et ne reçoivent pas de sang. Donc pas d'aspiration thoracique pendant l'expiration. Mais il y a, parallèlement, une certaine diminution de la pression de l'abdomen agrandi ; le sang des viscères s'accumule librement dans leurs veines, et le sang des membres inférieurs remonte vers le bassin à travers l'anneau crural et l'échancrure sciatique. C'est l'*aspiration abdominale*.

Il n'en sera plus ainsi lorsque la *paroi ombilicale et sous-ombilicale sera peu résistante*, et que les viscères pourront fuir devant le diaphragme qui s'abaisse, remonteront mal avec lui. Pendant l'inspiration, le refoulement du sang par compression des viscères fait défaut et les veines des organes digestifs se vident moins bien. Pendant l'expiration, la pression intra-abdominale n'est pas suffisamment diminuée, et l'afflux centripète du sang des saphènes est médiocre.

Les oscillations périodiques des pressions intra-cavitaires sont nécessaires aux mouvements intermittents d'ascension du sang. Lorsqu'elles sont trop faibles la

veine est soumise à une dilatation prolongée permanente. A la longue, il y a empreinte progressivement nocive, affaiblissement de la tonicité de la musculature du vaisseau .

Je crois ce point très important.

La ptose de la paroi s'accompagne encore de ptoses partielles (gastro-entéro-néphro-hépatoptoses), de troubles dyspeptiques, de fatigue, d'amaigrissement, de phénomènes nerveux, abdominaux et généraux. Et les troubles nerveux, nous allons le voir, retentiront encore fâcheusement sur la résistance des parois veineuses.

Mais ne quittons pas cette question de l'influence mécanique des mouvements respiratoires sur la circulation veineuse de la moitié inférieure du corps sans avoir rappelé la suite des expériences de Delbet : chez son malade variqueux assez avancé, donc à médiocres valvules, la pression manométrique dans le bout supérieur d'une veine coupée était de 16 mm. Hg., le malade couché ; de 20, le malade assis ; de 40, le malade debout, de 160 dans un effort relativement faible ; de 260 dans un effort considérable. Là intervient assurément l'afflux important du sang vers des muscles en travail, mais là aussi nous voyons la valeur de l'effort expiratoire avec glotte fermée, diaphragme abaissé, pression abdominale augmentée. L'absence de valvules a permis le reflux centrifuge.

***

Arrivons au rôle de la *fatigue* dans l'étiologie des varices. Tous les auteurs sont d'accord à reconnaître son importance.

Les femmes ont trois fois moins de varices que les hommes. Les professions les plus variées sont indiquées comme fournissant un gros contingent de variqueux, les unes demandant l'immobilité prolongée dans la station verticale, les autres nécessitant la marche, les autres des efforts musculaires. Dans toutes l'élément commun, la caractéristique, c'est la fatigue qui diminue la

force des contractions musculaires et amoindrit la tonicité nerveuse générale (Briquet).

Chez les femmes on a souvent attribué les varices de la grossesse plus à l'*état général mauvais* et aux actions réflexes vaso-motrices secondaires, à l'imprégnation ovarienne qu'à la compression exercée par l'utérus. Les varices gravidiques se montrent dès le début, et principalement chez les sujets ayant des troubles nerveux (Léopardi). De même on cite des observations de femmes, qui, au moment de leurs règles, ont des troubles nerveux et une prédisposition aux stases périphériques. (V. Ch. Remy. Traité des varices du membre inférieur).

On a parlé aussi de la *fatigue locale*. Des deux jambes, c'est celle qui travaille le plus qui a le plus de dilatation veineuse, par exemple le membre sain chez un coxalgique.

Le rôle de la *fatigue de la paroi abdominale* a été un peu négligé. Il est réel ; nous ne pouvons oublier que chez l'animal, l'avant-train étant plus bas que le train postérieure la masse intestinale repose sur le diagragme, tandis que chez l'homme elle tend à descendre vers le pubis et le bassin. Le travail de cette région est physiologiquement considérable.

Les arthritiques ont un vice originel, dit-on, le défaut de résistance des tissus dérivés du feuillet moyen. Il y a chez eux tendance aux ptoses, à l'atonie intestinale en même temps qu'au varicocèle, aux hémorrhoïdes, aux varices du plexus péri-utérin et du membre inférieur. On oublie la fréquence de l'adipose abdominale. Cette cause efficiente de longue durée entraîne la fatigue des tissus, l'irritation des filets nerveux de la région, une mauvaise nutrition locale, bientôt de l'atonie. Le facteur nerveux finit par valoir autant que le facteur mécanique proprement dit dans la genèse des troubles des tissus. La paroi se relâche, le ventre tombe, les veines se dilatent, l'atonie gastro-intestinale, les ptoses viscérales, la neurasthénie, tout marche parallèlement.

Est-il besoin de rappeler encore la fréquence des résultats positifs dans l'épreuve de la sangle de Glénard,

en dehors du cas de ptose proprement dite. Lorsque le médecin placé derrière le malade lui soulève dans ses deux mains accolées la partie inférieure de l'abdomen, combien de personnes éprouvent une sensation de bien-être ! Je crois, en résumé, que fréquemment il y a une *insuffisance plus ou moins latente des muscles larges de l'abdomen*, et que nous avons intérêt au point de vue général, au point de vue abdominal et au point de vue des varices à *renforcer le bas-ventre.*

***

— Je n'ai pas besoin de dire que la *première place revient à la kinésithérapie.* Dans une séance ultérieure je vous dirai les mouvements actifs et passifs, les manœuvres de massage, le secouement par gymnastique médico-mécanique que j'emploie pour ma part.

Aujourd'hui, je vous demande de me permettre de vous présenter une ceinture-jarretelle que je recommande volontiers.

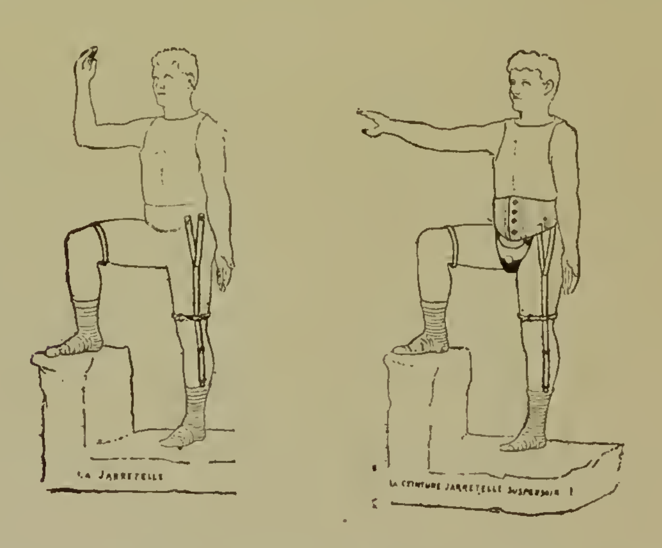
Les campagnes menées par nos prédécesseurs, le succès des ceintures Glénard et des corsets médicaux, et surtout, il nous faut bien l'avouer, les exigences de la mode ont à peu près fait disparaître la *jarretière* féminine. Mais rien n'a été fait dans cet ordre d'idées pour le sexe masculin? Si nous ne voulons pas avoir les chaussettes sur les talons, il nous faut nous résigner à la jarretelle des grands magasins. Elle comprend un lien à peu près circulaire au creux du jarret, et gêne en définitive beaucoup les mouvements du mollet et la circulation de retour.

Nous connaissons tous, peu ou prou, la sensation de fatigue locale de la fin de la journée, l'endolorissement des mollets, leur gonflement par congestion passive, même les œdèmes, et les arborisations variqueuses consécutives.

Il y avait donc à créer un objet de toilette autant que d'orthopédie pour soutenir le bas ventre et assurer un moyen d'attache supérieur des jarretelles.

Une ceinture large en coutil indéformable et inextensi-

ble soutient la région ombilicale et sous-ombilicale et fait porter par les reins le poids des viscères. Elle se boutonne en avant et se laee en arrière « à la paresseuse ». En avant elle porte des pattes avec des boutons pour fixer la poche mobile d'un suspensoir. Sur les côtés, dans la ligne axillaire elle présente deux bandes en V qui se rejoignent en une jarretelle large et longue laquelle deseend sur la face externe de la cuisse et se fixe à la chaussette par une pinee. Une eoulisse à arrêt mobile permet d'en varier la longueur. A hauteur du genou, elle traverse, à frottement dur, une autre bande de eaoutchoue, avee arrêt mobile, formant *un anneau absolument lâche*, destiné seulement à empêcher la jarretelle verticale. de trop s'éearter de la jambe.



Certaines personnes se contenteront de la jarretelle seule, c'est-à-dire de la bande verticale (avec l'anueau du genou), s'attachant à des boutons de la ceinture du ealeçon. Mais bien des hommes d'un eertain âge et d'un eertain embonpoint se trouveront bien de la eeinture-jarretelle.

Discussion.

M. Stapfer. — J'attends la suite que nous promet M.

Lanel à sa communication, car la partie que nous en avons entendu aujourd'hui n'est pas de la kinésithérapie.

M. Mesnard. — Il y a un gros inconvénient à faire porter un appareil de contention dès le début d'un traitement, à cause, précisément, du soulagement momentané qu'il procure au patient. Aussi risque-t-on fort de voir ce dernier se désintéresser de ce qui doit être le principal, la gymnastique, dont il n'apprécie pas les effets tardifs et éloignés.

M. Wetterwald donne lecture de sa *communication*

Un cas typique de cellulite abdomino-pelvienne subaiguë.

Fin octobre, une dame F., âgée de 44 ans, vient me consulter à la clinique pour des *règles prolongées et profuses*, et quelques *douleurs abdominales.*

L'examen fait reconnaître l'existence d'un myome remontant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dans sa partie moyenne, mobile et peu douloureux. Pas d'autres constatations, l'indication étant, du reste, de pratiquer des examens très courts, très légers, en raison de la tendance aux congestions hémorragipares. Le diagnostic se précisera au cours du traitement, qui consistera en gymnastique décongestionnante (abduction fémorale et respiration passive, la paroi abdominale relâchée) et massage également décongestionnant. Cette patiente venait depuis cinq ou six jours au traitement et n'accusait aucune douleur ni perte, mais au contraire, une sensation de bien-être et de légèreté après les séances, lorsque le lundi matin 31 octobre, elle se plaignit de constipation et de tiraillements dans le flanc gauche. La veille, dimanche, il n'y avait pas eu de traitement et la journée avait été excellente. Je conseillai un petit lavement, et vu la tendance aux hémorragies, je recommandai de le prendre froid. Le mardi 1er et le mercredi 2 novembre, F. ne vient pas à la clinique, et le soir, une lettre de son mari m'informe qu'elle souffre beaucoup du ventre, *mais qu'elle n'a pas de perte.* Ce correctif, loin de me tranquilliser, m'incita au contraire à voir la malade sans tarder.

Je la trouve (jeudi 3 nov.) alitée, le facies rouge, le pouls à 96-100. Elle m'apprend qu'à la suite du lavement froid, elle ne s'est pas sentie bien. En quelques heures, les douleurs sont devenues violentes, le ventre a grossi, des nausées ont apparu. Les urines sont rares, foncées, la constipation absolue. Langue blanchâtre, humide. Le moindre frôlement de la peau du ventre est très sensible. A la percussion, sonorité à gauche et au-dessus des limites du fibrome ; matité à droite. Au palper, la tumeur paraît augmentée de volume, et dans le flanc droit, on sent un plastron de la dimension d'une petite paume de main. Attenant à ce platron, une tumeur cylindrique rappelant la forme et la direction d'un cæcum tuméfié. La forme générale du ventre est globuleuse, régulière ; sa consistance rénitente. Le toucher donna comme indications une hyperesthésie des parties et un empâtement manifeste du cul-de-sac droit.

J'interroge la malade sur la date de ses dernières règles. De sa réponse, il appert nettement que le jour du malaise et du lavement qui l'a augmenté était le XXIe jour de sa période cataméniale : date critique. C'est en effet, comme Stapfer et ses élèves l'ont observé, entre le XXe et le XXVe jour de cette période que, chez la femme saine, s'établit la congestion prémonitoire des règles ; que, chez la génitale, s'exacerbent tous les symptômes pathologiques : cellulite, dislocations, tumeurs. L'ensemble des signes présentés par la malade plaidait bien en faveur d'une inflammation péricæco-annexielle, mais on pouvait écarter l'idée d'une lésion infectieuse aiguë, abdomino-pelvienne : la fièvre existait (37°7, 38°5), mais était modérée ; il y avait des nausées, mais pas de vomissements ; le ventre était douloureux, mais la défense musculaire, la parésie intestinale, faisaient défaut, et la paroi se laissait déprimer par une palpation douce. Le facies n'était pas altéré, et la langue restait humide. Il existait une induration, un exsudat péri-cæcal et péri-annexiel, mais nous savons qu'en gynécologie, et aussi en pathologie intestinale, de telles infiltrations existent fréquemment ; qu'elles sont d'origine congestive plutôt

qu'inflammatoire ; que le microbe ne joue pas nécessairement un rôle dans leur production, et qu'elles diminuent ou disparaissent spontanément ou par un traitement approprié.

Je m'arrêtai donc au diagnostic suivant : *crise subaiguë de cellulite abdomino-pelvienne à prédominance cæco-appendiculaire et annexielle droite, coïncidant avec le molimen prémenstruel, et ayant pris ce caractère de sub-acuité sous l'action du froid chez une fibromateuse* (1).

La peau du ventre elle-même avait sa part de la crise, car le tissu cellulaire sous-cutané était œdématié et douloureux, ce qui expliquait sa sensibilité au contact.

Si le diagnostic était fondé, l'apparition du flux menstruel devait juger la crise, aussi attendais-je avec impatience, je pourrais dire avec anxiété, la date fatidique du XXVIIIe jour (sauf retard). Car le vendredi 4 novembre et les jours suivants, le tableau, sans se modifier dans ses grandes lignes, devenait presque alarmant : les urines étaient réduites à 200 gr. environ par 24 heures ; l'alimentation était nulle, la soif impérieuse, l'insomnie et la constipation absolues. La famille s'inquiétait, et dans un milieu autre, où les donneurs de conseils eussent prévalu, je n'aurais certainement pas gardé la direction unique du traitement.

Le lundi 7, XXVIIIe jour de la période intercalaire, le sang fit son apparition.

L'amélioration l'avait précédé dans la journée du dimanche et ne fit que s'accentuer, les jours suivants, à part quelques douleurs occasionnées par les caillots. Le lundi 10, la malade était hors d'affaire et me remerciait de lui avoir, disait-elle, évité l'opération : preuve que cette question avait été agitée autour d'elle.

Le traitement ne se borna pas à l'expectation : dès

(1) En kinésithérapie, cellulite = congestion chronique ou subaiguë du tissu cellulaire sous-cutané, sous-muqueux, péri-viscéral, péri-neural, péri-vasculaire. etc. Il existe, chez les génitales un molimen (symptômes subjectifs et objectifs de la congestion post-menstruelle (Xe au XVe jours) et un molimen prémenstruel (XVe au XXVe jour).

ma seconde visite, j'avais esquissé quelques effleurages, quelques fines vibrations manuelles dans les régions les moins atteintes et les moins douloureuses (zone péri-ombilicale, flanc et fosse iliaque gauches). Plus tard, j'y ajoutai nos frictions légères, brèves, et des vibrations manuelles sur la région cæco-appendiculaire. La durée de ces manœuvres n'excédait pas trois à cinq minutes. Elles suffisaient pourtant à provoquer des réflexes à point de départ cutané, se manifestant par du gargouillement, un certain amollissement de la fosse infiltrée, et la sédation des douleurs. De plus, dès le début, j'avais fait maintenir en permanence sur le ventre des compresses humides chaudes, dont l'effet analgésiant et résolutif fut manifeste. Je m'abstins à dessein de toute application de glace.

Pendant mes visites, F. m'avoua qu'elle avait suivi pendant 16 mois, avant le mien, un traitement dirigé contre son obésité. Le confrère à qui elle s'était adressée ne l'avait pas examinée et avait méconnu le fibrome, et soumis la patiente à la gymnastique active : mouvements congestionnants du bassin, respiration active, extension et flexion actives du corps, relèvement actif dans la station couchée, etc. Cette thérapeutique, excellente contre la graisse, augmenta le volume du fibrome, et la malade dut le cesser, en raison des douleurs, des pertes et de l'augmentation de volume de son ventre.

Si l'on rapproche ce cas typique d'une foule d'autres plus ou moins analogues, on pourra légitimement conclure :

1° Que les mouvements de la gymnastique *active* qui nécessitent la contraction de la musculature thoraco-abdominale antérieure sont *congestionnants* pour le pelvi-abdomen. La fille ou femme génitalement atteinte doit s'en abstenir ; ils peuvent être utiles, au contraire, dans l'aménorrhée ou la dysménorrhée sans lésions génitales, et seront prescrits et surveillés par le médecin.

Nous savons d'autre part que certains mouvements qui mettent en jeu la musculature pelvi-trochantérienne, et dorso-lombo-sacrée sont *décongestionnants* pour le

pelvis et rendent de précieux services en gynécologie (Stapfer).

2° Que l'action réflexe ou directe du froid sur la circulation abdomino-pelvienne est de première importance chez la femme. Elle peut, à certaines époques déterminées, transformer un état sub-pathologique en un état franchement pathologique et grave.

3° Qu'il faut être averti de ces états congestifs chroniques à allure subaiguë possible, pour éviter, tant au point de vue du pronostic que du traitement, de les confondre avec des états infectieux et aigus.

4° Que, bien maniée, la kinésithérapie est le traitement de choix de ces états congestifs, même subaigus ; on peut la combiner avec d'autres médications qui ne paralysent pas les réactions naturelles de l'organisme.

Discussion

M. Stapfer. — Je ne connaissais pas le fait rapporté par M. Wetterwald, et je le considère comme une éclatante et magnifique démonstration de nos idées en pathologie abdomino-pelvienne.

(Le Dr Rosenthal n'ayant pu assister à la séance, sa communication est reportée à une date ultérieure).

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire des séances,
Raoul Leroy.

———

Séance du 9 décembre 1910

Présidence de M. le Dr Hirschberg, *Président.*

Présents : MM. Bralant, Durey, Mme Dylion (Cécile), MM. Hirschberg, Kouindjy, Lanel, Leroy, Mesnard (René), Percheron, Rosenblith, Rosenthal, Mme Sosnowska, MM. Stapfer et Wetterwald.

Excusés : MM. Joly, Mencière (Louis), Rousseau (Paul), Tschudnowski.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Erratum : Lire dans le précédent numéro : Lettre de remerciements du Dr *Serena* (au lieu du Dr *Sereno*), professeur de thérapie physique à l'Université de Rome, élu membre correspondant étranger.

La correspondance comprend :

Une lettre du Dr Tripels, de la Havane, annonçant qu'il vient exercer à Paris, et qu'il prend la direction des *Archives générales de Kinésithérapie et de Physiothérapie.*

Une lettre de démission du Dr Bloch, ancien secrétaire général de la Société, que la direction de sa maison de santé de Neuilly empêche d'assister à nos réunions.

Une lettre du Dr Danjou (de Nice), demandant la publication de la liste des membres de la Société.

Le Dr Hirschberg, président, est l'interprète de tous les membres de la Société en regrettant la démission du Dr Bloch, l'un des membres fondateurs de la Société de Kinésithérapie, où il ne compte que des sympathies.

En réponse au vœu du Dr Danjou, la Société décide que la liste de ses membres sera publiée chaque année.

Communications.

Déformations thoraciques des pleurétiques et exercice physiologique de respiration (*Séance du* 9 *décembre* 1910).

Par le Dr Georges Rosenthal.

Malgré la marche formidable de la physiothérapie, malgré l'opposition souvent si marquée entre la théra-

peutique physique, thérapeutique de douceur, où la puissance de l'efficacité s'allie au ménagement des organismes, et la thérapeutique chimique souvent si décevante par son insuffisance et ses multiples inconvénients, quoique nous ayons affirmé, démontré et sans cesse soutenu la nécessité d'allier sans substitution les moyens physiques à l'ensemble des autres procédés de cures, beaucoup de médecins, même éminents, refusent encore toute place à la kinésithérapie pulmonaire. Nous avons le devoir de protester contre de pareils faits.

Récemment, un nouveau journal médical, renonçant à la poursuite difficile pour les étudiants et les praticiens de l'actualité protéiforme, a voulu consacrer chacun de ses numéros à une maladie dont il donnerait les nouveaux signes, dont il signalerait les nouveaux procédés de traitement. Or, dans un numéro des plus intéressants sur la pleurésie, il laisse une large part tant à la méthode imprudente et encore naissante de Gilbert (de Genève), qu'à celle du pneumo-thorax provoqué, mais il ne signale en aucune façon les recherches systématiques que nous avons faites sur le traitement des pleuro-tuberculoses par l'exercice physiologique de respiration.

Or, c'est à cause de pareilles omissions qu'il faut continuer à verser dans le débat les documents cliniques, exacts, vérifiables, relevés dans les services publics, qui démontrent l'action trophique formidable de la gymnastique respiratoire médicale.

S'il est un fait qui prouve avec évidence la nécessité, encore incomprise par la presque totalité des médecins, de faire l'éducation physiologique respiratoire des pleurétiques, c'est certes l'histoire des déformations thoraciques post-pleurétiques. Cette histoire en est singulièrement facilitée par les recherches antérieures de notre éminent maître, le Professeur Maurel (de Toulouse).

On sait que cet auteur a étudié d'une façon systématique la *section thoracique* des malades. Reprochant au périmètre de donner des renseignements imparfaits, car un même nombre peut provenir d'un thorax aplati, en galette, ou d'une poitrine bombée, il substitue à la no-

tion du périmètre la notion de la représentation graphique de l'étendue de la superficie de la base du thorax, c'est à-dire la section thoracique. Le traité de l'hypolématose (1890) et la thèse récente soutenue à Toulouse par son élève Joffres donne le détail de l'instrumentation et la technique suivie.

Dans une note à la Société de biologie, Maurel a montré que la section thoracique chez l'individu normal était avec le poids dans un rapport régulier, et que, à chaque kilog de poids correspondaient 8 centim. carrés de section. Or, comme dans la convalescence des pleurésies, la section thoracique du côté malade reste diminuée, il en résulte, d'après ce maître, un accroissement compensateur du côté sain. Voilà donc, d'après cet observateur attentif, le problème exactement posé. Une pleurésie guérie grâce à la thérapeutique classique entraîne une rétraction du côté atteint ; à titre de correction, la base de l'autre moitié du thorax s'élargit.

La prophylaxie, la cure ou le traitement d'un tel phénomène sont impossibles à la thérapeutique classique. Les toniques ne pourront avoir d'action sur le poumon atélectasié ou sur le mécanisme respiratoire paresseux ; la cure d'air ne pourra avoir une action élective sur l'ampliation de l'organe préalablement phlogosé, — elle amènera une suppléance fonctionnelle du côté sain en laissant intangible le lieu de moindre fonctionnement, par suite de moindre résistance. Plus tard on invoquera des lésions profondes dues à la pleurésie, on parlera de sclérose sous-corticale, alors que les recherches de Brouardel, sur la participation sous-pleurale des alvéoles pulmonaires, ont montré leur intégrité, de même que l'établissaient d'une façon parallèle les travaux de Hayem et Graux sur la pneumonie dissécante.

On ne peut donc nier le problème, mais pour le résoudre, il faut s'adresser à la physiothérapie.

Le pleurétique traité par l'exercice physiologique de respiration ne fait pas de déformation thoracique, il n'y a pas d'élargissement compensateur du côté sain puisqu'il n'y a pas de réduction du côté anciennement malade.

Seul, l'exercice physiologique, en rétablissant le jeu du diaphragme et en ramenant le fonctionnement normal de la cage thoracique, peut déterminer la guérison complète locale de l'appareil respiratoire.

Pour donner la preuve de ces deux axiomes, il suffit de se reporter aux observations de pleurésie publiées dans notre mémoire sur les « résultats éloignés de l'exercice logique de respiration » (*Bulletin général de Thérapeutique*, 23 mai 1910). Dans l'obs. II, nous voyons, à la fin de la cure (8 juillet 1906) d'une prétuberculose primitive gauche, le côté droit avoir un diamètre transverse de 14 centimètres, le côté gauche, de 13 centim., et, trois ans après, la différence entre les deux côtés (15 centim. à droite, côté sain, 14 c. 1/2 à gauche, côté malade) est certes plutôt au-dessous de la différence physiologique des deux côtés chez l'individu normal. Il est rare aussi que la supériorité de superficie du côté droit sur le côté gauche atteigne seulement douze centimètres (253 contre 265).

L'obs. IV de ce mémoire rapporte l'étude d'un malade qui fut présenté le 28 nov. 1904 à la *Société médicale des Hôpitaux.* Nous avons pris la section thoracique pour la dernière fois le 30 avril 1909. Elle ne montre qu'une légère différence bien physiologique chez un ouvrier entre le côté droit et le côté gauche. Le côté droit a 277 centim., le côté gauche 258 centim, soit en tout 535 centim. ou 7 centim. 1/2 par kilogr., ce qui est presque la normale d'après le Prof. Maurel.

Prenons encore le cas du malade qui fait l'objet de la 2e observ. de notre mémoire des *Archives générales de médecine* (janvier 1909). Cette observation est intitulée : *Pleurésie droite grave. Phénomènes nerveux simulant le méningite. Arrêt progressif de la dénutrition. Augmentation en poids de 14 kilogr. provoquée par les exercices physiologiques.*

Après cinq ans, le diamètre transverse du côté droit est égal au diamètre transverse gauche (13 1/4 et 13 1/4) et la section à droite est à peine inférieure de quelques

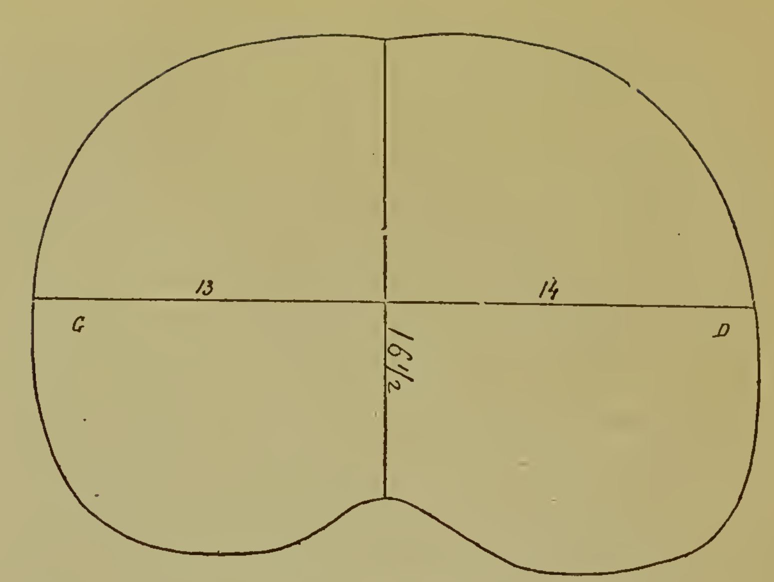


Fig. 1. — Observation 2. 8 juillet 1910.

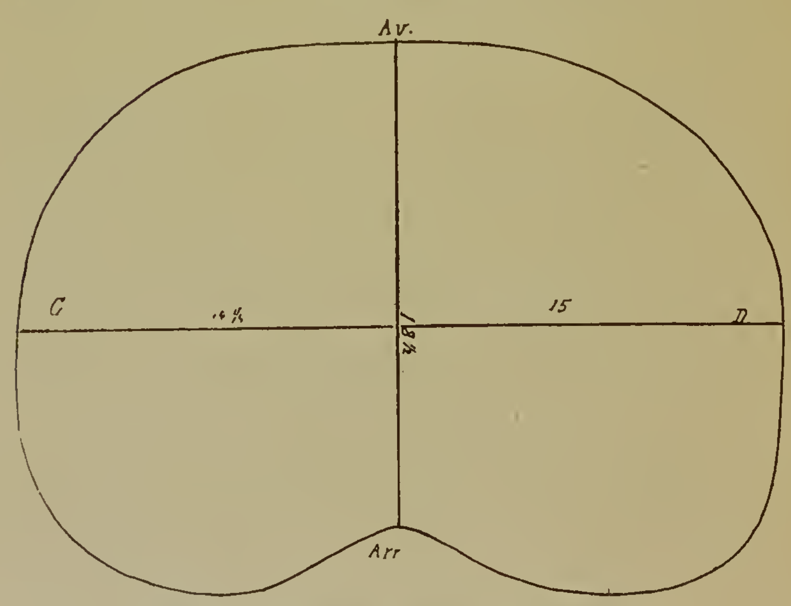


Fig. 2. — Observation 2. 14 juin 1909.
(à gauche 253 cc., à droite 265 cc.)

centimètres à la section du côté gauche (210 cm. à droite contre 225 à gauche):

Nous ne voulons pas revenir sur la technique si souvent décrite par nous de l'exercice physiologique de respiration — elle sera ici, comme toujours, sage, progressive, méthodique, prudente, physiologique. Elle aura comme préoccupation la qualité de la respiration et non la quantité d'air respiré, idée directrice ancienne étrangère à la clinique, qui doit être abandonnée. *Gavage d'oxygène comme gavage de nourriture, désordre alimentaire comme désordre respiratoire, autant d'erreurs inacceptables quand bien même elles auraient l'apostille des plus brillants gymnastes* !

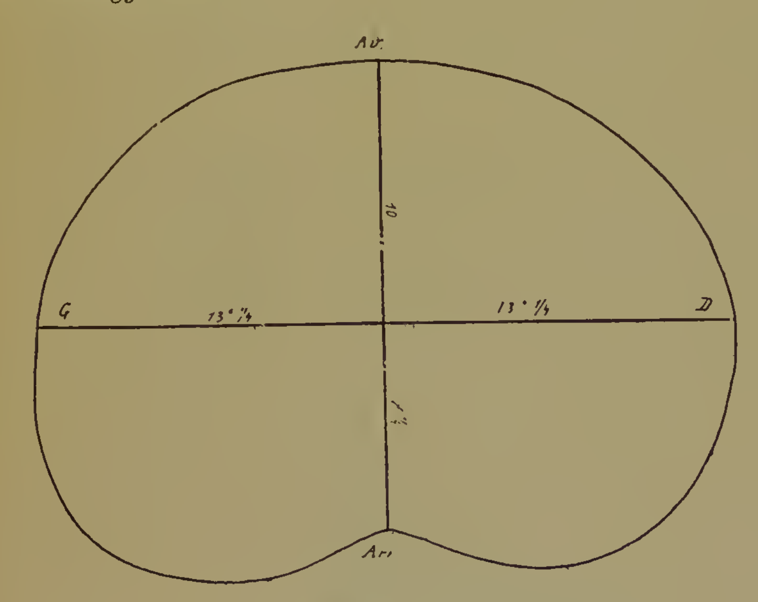


Fig. 3. — Observation 7. 27 juillet 1909.

Il nous faut néanmoins revenir sur deux points bien utiles à préciser : la nécessité d'un traitement précoce et celle de réveiller au début de la cure les fonctions du diaphragme.

Le traitement physiothérapique doit être précoce, parce que, étant un traitement d'éducation et non de gavage, il ménage au maximum l'organe auquel il s'adresse et substitue un mode physiologique au mode irrégulier, heurté, dangereux, de respiration des malades. Il doit

être précoce en raison même de la prudence de la direction. Comme au début, les doses seront faibles, même minimes, il importe que le traitement soit commencé à la phase aiguë pour être déjà accentué au moment de la convalescence et pouvoir, à ce stade, avoir son maximum de puissance. D'autre part, nous avons insisté dès le début de nos recherches sur la rééducation du diaphragme, et nous avions noté, bien avant les recherches de Thooris, qu'un poids mis sur l'épigastre, ou qu'une pression faite avec la main à ce niveau, réveillait les fonction du diaphragme. Nous espérons que l'utilité de cette manœuvre décrite il y a sept ans ne passera plus inaperçue, depuis que Thooris en a fait le point de départ de ses recherches.

Traitement précoce (1), pour qu'il n'y ait pas de temps perdu à la convalescence, traitement diaphragmatique pour ménager au début les sommets du poumon, pour rééduquer la puissante soupape de ventilation annihilée unilatéralement par le processus pleural, voilà deux conditions du succès dans la prophylaxie de la déformation thoracique post-pleurétique par l'exercice physiologique de respiration.

Service et laboratoire de M. le Prof. Hayem.)

Discussion.

Dr Wetterwald. — Les protagonistes de la plasmothérapie ou de l'autosérothérapie supposent que l'épanchement contient une dilution très faible de tuberculine. Que pense M. Rosenthal de cette hypothèse ?

Dr G. Rosenthal. — Je pense qu'elle peut se défendre, mais que nous ignorons absolument dans quelles proportions peut se rencontrer la tuberculine dans le liquide injecté.

(1) Voir Duponchel : « Des souffles cardiaques d'origine adhérentielle. In *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1901, tom. 38, p. 257.

La lutte contre les varices par la voie interne et immédiate : Réveil de la contractilité de la paroi des veines par le secouement vibratoire de la masse sanguine qu'elles contiennent. Nouvel appareil.

Par le Dr Lanel.

Les procédés de la kinésithérapie dans la cure des varices peuvent être divisés en 3 classes : Les pressions douces du *massage* à travers la peau et les muscles empruntent la *voie externe*. Par la *gymnastique*, les muscles en contraction compriment les vaisseaux dans la profondeur.



Négligeons que la peau tendue presse utilement sur les veines superficielles et contribue à les vider. C'est la *voie interne et médiate*. Il est d'autres manœuvres qui utilisent principalement la *voie interne et immédiate*,

qui mettent en mouvement la masse sanguine elle-même et la chargent de provoquer sur les parois des réactions vitales, de *réveiller par les vibrations dont elle est agitée la contractilité de la paroi veineuse.* C'est le secouement vibratoire méthodique de la *mécanothérapie.* Il produit de la vaso-constriction, une impression passagère de froid, une diminution de volume du membre, de la pâleur des extrémités, etc.

***

Je n'ai pas besoin de dire ici la valeur de cette méthode déjà ancienne, et dont Lagrange, en France, a reconnu l'excellence. Je dois toutefois en rappeler les bases physiologiques.

Si l'*élasticité* de la veine est médiocre, sa *contractilité* est importante et elle *demeure longtemps suffisante.* Dans l'évolution des varices, le fait a sauté aux yeux de tous les observateurs ; il est signalé par A. Paré, par J. Hunter..... La nature fait effort pour résister au trouble morbide ; il y a une hypertrophie primordiale, compensatrice, des fibres lisses de la paroi veineuse. Plus tard, alors même qu'il y a déjà dilatation de la veine et épaississement irrégulier de la paroi, on réveille nettement sa contractilité par le froid, les frictions, l'électricité.

« Au moment de l'opération, écrit Charles Rémy dans son excellent Traité, au contact du bistouri, une saphène de la grosseur de l'index se réduit au volume d'une plume de corbeau, une veine d'apparence nettement variqueuse prend l'aspect d'une veine normale . . . »

Ce n'est que dans les périodes très avancées qu'il survient de la myosite interstitielle et que le processus scléreux étouffe — à la longue — l'élément musculaire. Nous sommes autorisés à espérer et à lutter jusqu'au bout. Ne voyons-nous pas à chaque instant de grosses dilatations variqueuses s'effacer, même disparaître chez des vieillards au repos ou chez des malades longtemps alités ?

Même dans des cas très graves, nous pouvons agir encore utilement, car il y a autour des veines des vasa vasorum qui sont dilatés, flexueux, qui jouent leur rôle dans

l'aggravation des lésions, ou qui sont exposés par la stase sanguine à devenir le siège de traînées inflammatoires.

De même, en cas de traitement, les tissus voisins s'amendent parallèlement à la diminution de la stase sanguine et du trouble nutritif causé consécutif.

Faut-il rappeler encore que la fonction des valvules, dans la majorité des cas, n'est que suspendue par suite de la distension du calibre de la veine ; c'est de l'insuffisance simple. Leur destruction en réalité est l'exception, la complication des dernières heures.

***

Mais si le principe est excellent, en est-il de même de son application ?

Les appareils de mécanothérapie actuels, ceux de Zander, de Max Herz, réalisent bien l'ébranlement moléculaire et vibratoire du membre inférieur plus ou moins surélevé et permettent certainement d'obtenir des résultats. Toutefois ils sont passibles de certains reproches. Leur prix est élevé, leurs dimensions et leur poids considérables, on ne peut les déplacer et ils sont encombrants, ils communiquent une forte trépidation au plancher et sont assez bruyants... Bref, ce sont des *appareils d'Institut*, peu répandus par suite, et ne rendant pas, à cause de cela même, tous les services que l'on doit attendre de la méthode.

Comment exiger que pendant des mois un malade s'astreigne à de longs déplacements pour fréquenter l'Institut à 2 et 3 reprises chaque jour ?

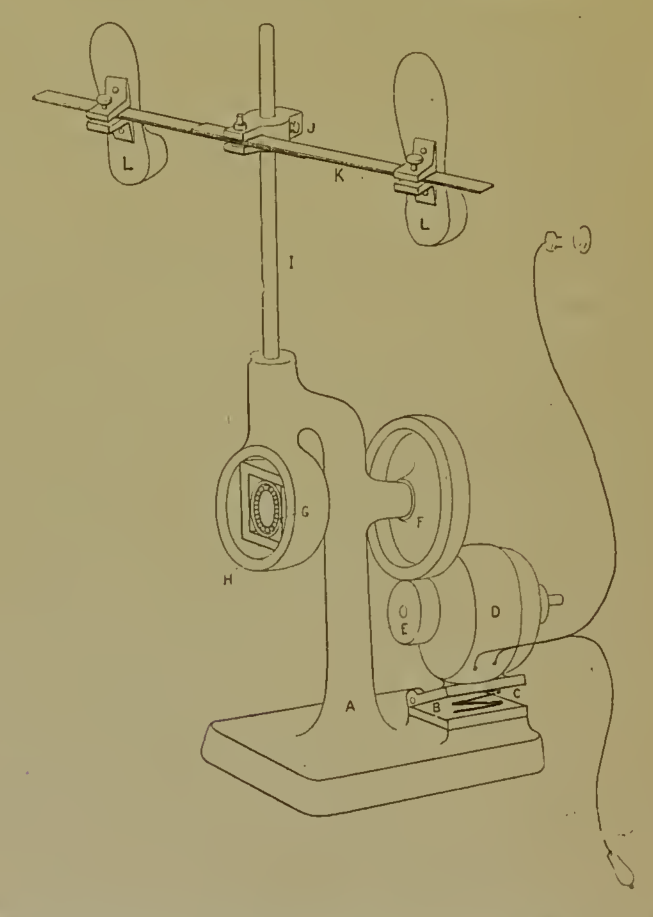
Frappé de ces inconvénients, j'ai cherché à réaliser un appareil plus simple, plus souple, plus silencieux, moins encombrant, moins coûteux surtout. Grâce à M. l'Ingénieur Henri Doutremépuich, je crois pouvoir vous dire aujourd'hui que j'ai trouvé une bonne solution du problème.

***

Le dessin ci-contre nous dispensera d'une longue des-

cription. L'appareil se compose : 1° d'un bâti rigide dont la forme a été étudiée pour obtenir le maximum de stabilité sans atteindre un poids exagéré, malgré la hauteur

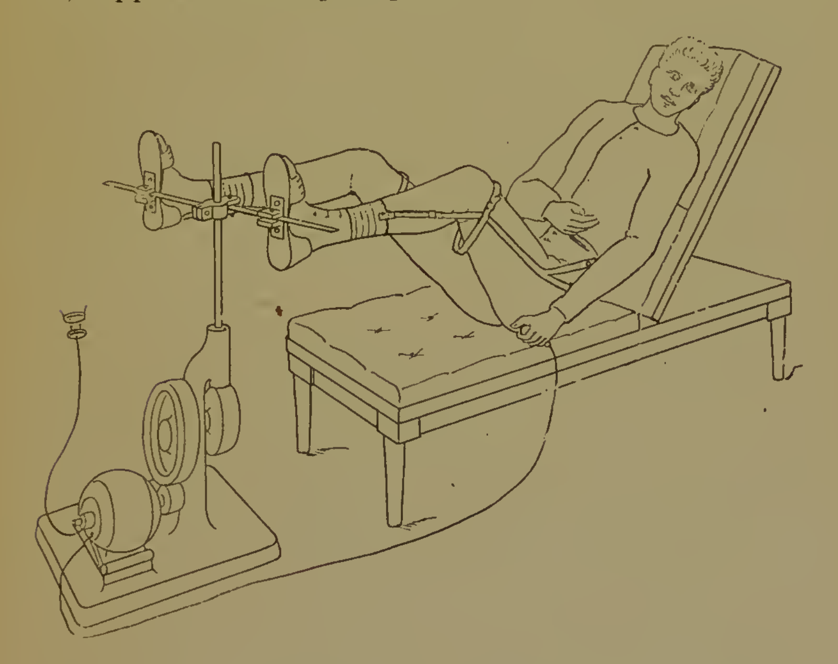
Appareil de secouement D. L. pour varices.



A bâti en fonte formant boîte étanche du mouvement.— B balance à ressort commandant la friction. — C ressort de friction. D électro-moteur, — E galet d'entraînement. — F poulie de friction formant volant. — G excentrique à billes. — H cage de l'excentrique. — I tige donnant le mouvement de va-et-vient vertical. — J coulisseau. — K Ressort à lames amortisseur. — L pédales.

des pièces en mouvement ; 2° d'un électro-moteur agissant par friction ; 3° d'un volant F, seule pièce apparente en mouvement ; 4° il entraîne un arbre muni d'un

excentrique C monté sur billes. (Cette heureuse solution du problème diminue dans une énorme proportion les efforts de frottement qu'aurait produits l'emploi d'une came simple ou de tout autre système par manivelle) ; 5° l'excentrique à billes se déplace dans une cage parfaitement guidée, et transmet à la tige son mouvement de va-et-vient vertical à raison de 500 pulsations environ par minute ; 6° sur la tige se déplace un coulisseau permettant d'en régler la hauteur. Dans ce coulisseau sont serrées d'autre part des lames de ressort d'épaisseur variable, supportant les repose-pieds.



L'appareil démarre doucement sans le secours d'aucun rhéostat. La tige prend instantanément sa vitesse de régime, mais par suite de l'élasticité des ressorts, la secousse de démarrage est absorbée, et les repose-pieds se mettent progressivement en synchronisme avec le mouvement de la machine.

Au niveau de la tige médiane, le mouvement est purement vertical : il n'en est plus ainsi au niveau des lames d'acier horizontales et des repose-pieds. Le mouvement

est nettement composé, et comprend des déplacements verticaux et latéraux. Chaque point du pied décrit en réalité un cercle.

Le réglage se fait : 1° en rapprochant ou écartant de la tige médiane les repose-pieds, selon que l'on veut un secouement intense ou léger, 2° en variant l'épaisseur des lames d'acier horizontales.

Le malade demi-couché sur sa chaise longue fait aussi régler la hauteur du coulisseau de façon à avoir les pieds plus ou moins élevés au-dessus du bassin. Il met lui-même (grâce à un bouton de commande qu'il tient en mains) l'appareil en marche, pendant 1 minute, d'une façon générale, puis il l'arrête et se repose 5 minutes. Il l'actionne à nouveau pendant 1 minute, et se repose encore 5 minutes. La troisième pause est en général plus longue et dure 3 minutes. Après un nouveau repos, le patient quitte sa chaise-longue. Peu à peu les temps de secouement sont augmentés et portés à 10, même à 12 minutes au total. De même on peut faire 1, 2, 3 séances par jour.

L'appareil, je le répète, est robuste, peu encombrant, nullement salissant ; il se déplace facilement, le mécanisme, sauf la tige, étant dans la pratique inclus dans une caisse montée sur roulettes ; il fait moins de bruit qu'une machine à coudre. La manœuvre est des plus simples et le secouement obtenu très doux.

Ce premier modèle est commandé par un moteur actionné par le courant urbain. Nous nous proposons avec M. Doutremepuich d'en établir un autre rural — pour ainsi dire — actionné à la main par un aide quelconque.



Avec cet appareil nous avons obtenu une forte impression de froid, une diminution nette du calibre des veines et du membre inférieur. A Châtel-Guyon, avec un appareil Max Herz, en employant alternativement le secouement et le massage, j'ai vu sur une malade la disparition de l'œdème être plus nette par le premier procédé

que par le second. Ma communication devrait être appuyée par des observations ; je vous les apporterai dans une autre séance, quand je vous aurai dit comment je fais le massage et quels mouvements de gymnastique j'emploie. Aujourd'hui j'ai déjà été trop long.

Avant de terminer, je voudrais répondre cependant à une objection qui s'impose : « Mais, et le danger d'embolie !! »

Il ne faut rien exagérer. Je citerai encore une fois M. Ch. Rémy: « En dehors de la phlébite, nous n'avons jamais rencontré les caillots intra-veineux si souvent signalés par les anciens auteurs dans les autopsies de varices ». Il s'agissait, en réalité, de coagulations agoniques ou post mortem. « S'ils existent sur le vivant, ce n'est que sur des membres arrivés au dernier degré d'altération variqueuse, et auxquels nous n'avons pas voulu toucher ».

Eh bien, nous ferons comme les chirurgiens, nous examinerons nos malades, nous éliminerons les cas extrêmes, et aussi les sujets ayant présenté récemment des signes pouvant faire soupçonner une poussée de phlébite.

Il me faut aussi écarter énergiquement tout soupçon d'exclusivisme. La méthode est bonne, mais, pour ma part, je l'associe aux autres procédés kinésithérapiques. Voilà, par exemple des varices anciennes avec adhérences à la peau et aux tissus voisins sclérosés ; la veine emprisonnée n'a plus de souplesse et ne peut se contracter. Il est bien évident que le massage est de première importance.

Voilà une femme qui a contracté une phlébite en couches ; le membre est froid, douloureux, empâté de mauvaise graisse ; le ventre a une paroi médiocre. La gymnastique est tout indiquée.....

Il est inutile, évidemment, de multiplier ces exemples. Je crois que dans le traitement des varices, la mécanothérapie a droit à une bonne place — que son instrumentation trop compliquée et coûteuse l'a souvent empêchée de l'obtenir — et j'ai voulu en appeler de cette situation inférieure et injuste.

Dr Bralant. — Il ne faut pas négliger, parmi les meilleurs traitements des varices, la marche, dont la valeur a si bien été mise en relief par notre regretté collègue Marchais. Lorsque cet exercice est possible, il n'est pas de meilleure thérapeutique à opposer aux troubles de circulation veineuse du membre inférieur. Cette réserve faite, je reconnais que les appareils, et en particulier celui que nous présente le Dr Lanel, peuvent rendre de grands services.

Dr Kouindjy. — J'ai été surpris d'entendre notre collègue citer à plusieurs reprises un ouvrage du Dr Rémy et s'appuyer sur des textes de cet auteur pour préconiser le traitement cinétique des varices et réfuter les objections que l'on fait habituellement à ce traitement sous l'influence de la terreur des embolies ; car je me souviens encore que le Dr Rémy manifesta, dans un congrès de physiothérapie, son étonnement en nous entendant préconiser le massage dans les varices et les suites de phlébite.

Fait avec prudence et méthode, le massage rend ici les plus grands services. Dans ma pratique, je place au premier rang le massage, puis la marche, et enfin la mécanothérapie et la gymnastique.

Dr Sosnowska. — Malgré toute l'ingéniosité de l'appareil à secousses de M. Lanel, je persiste à croire que rien ne vaut la kinésithérapie pour traiter les varices. Il ne s'agit pas seulement de soigner les veines, de les vider, de chercher à leur rendre la tonicité qu'elles ont perdue en partie, mais de modifier la cellulite, la péri-phlébite qui accompagne les varicosités ; de rendre la souplesse à ces tissus scléreux, lardacés, dans lesquels les canaux sanguins de retour sont emprisonnés et comprimés. Quelle machine peut opérer cette transformation ?

Dr Wetterwald. — D'après la description de M. Lanel, le mouvement oscillant transmis à la lame élastique par le va-et-vient de la tige verticale se transformerait pour le pied en un mouvement circulaire. Est-il bien sûr de ce fait ?

Dr Lanel. — Absolument sûr.

Dr Wetterwald. — Nous savons qu'en gymnastique, la rotation passive des pieds amène une congestion, une calorification du membre inférieur : ce mouvement constitue même un traitement très efficace des *pieds froids*. Or, M. Lanel obtient, par sa machine, un refroidissement notable dans les téguments du pied ; il y a là une contradiction que je ne m'explique pas.

Dr Durey. — Je pense également que le mouvement cir-

culaire n'existe pas et ne peut pas exister. Il s'agit probablement d'un phénomène analogue aux *nœuds* et aux *ventres* qu'on observe dans les cordes en vibration.

Dr Mesnard. — Cette contradiction apparente que signale le Dr Wetterwald ne tiendrait-elle pas à ce que, dans l'appareil de Lanel, le membre inférieur est en élévation, tandis qu'il est horizontal, ou même abaissé dans la gymnastique manuelle ?

Dr Stapfer. — La question de Mesnard me rappelle que dans un établissement balnéaire dont je suis un habitué, les masseurs pratiquent cette rotation des pieds en tenant le membre inférieur en élévation. Chaque fois qu'on pratiquait sur moi cette manœuvre, je sortais de l'établissement, les pieds gelés.

Dr Rosenthal. — Malgré les meilleurs traitements, il y a toujours des varices qui résistent à tout et qui persistent ou qui reviennent dès que le porteur reprend ses occupations.

Dr Hirschberg. — La discussion que nous venons d'entendre prouve tout l'intérêt que présente cette question des varices. M. Lanel a conçu un appareil très ingénieux, relativement pratique et peu encombrant. Nous le remercions pour la communication très intéressante qu'il a faite, et je propose à la Société de laisser la question du traitement des varices à l'ordre du jour. (*Adopté.*)

Election du Bureau.

Le scrutin pour l'élection du bureau de 1911 donne les résultats suivants :

Président MM.	Durey.
Vice-présidents (Paris)	G. Rosenthal.
— (province)	Bouissou (de Marseille).
Secrétaire général :	Wetterwald.
— *adjoint*	Raoul Leroy.
Trésorier :	Paul Rousseau.

Le secrétaire des séances,
R. Leroy.



TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

D

L

O

R

S

V

TABLE DES AUTEURS

Clermont (Oise — Imp. Daix Frères et Thiron.